Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Le suicide au Canada

Rapport du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada

87-05869/

Le suicide au Canada

Rapport du Groupe d'étude national
sur le suicide
au Canada

Réalisé sous l'égide de la Division de la santé mentale
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Les opinions ci-exprimées sont celles des membres du groupe d'étude national et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title
"Suicide in Canada"

PRÉFACE

En juin 1979, le Canada était l'hôte du X[e] Congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide. Pour la première fois au pays, l'attention de la communauté médicale, des médias et du grand public était centrée sur le phénomène du suicide au Canada. Cinq ans auparavant, l'honorable Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à l'époque, avait déclaré que le suicide était un grave problème de santé publique au Canada et une cause importante de décès prématuré, surtout chez les Canadiens de moins de 35 ans. Le suicide se classait en effet au deuxième rang des causes de mortalité chez les jeunes, la première étant les accidents (Lalonde, 1974). Le Congrès a toutefois permis de mettre en lumière le fait que, au-delà de ces quelques données, on possédait très peu d'information sur cette question fascinante, effrayante et complexe qu'est le suicide au Canada de même que sur les répercussions de ce phénomène sur la vie des Canadiens.

C'est ainsi que les responsables de la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada ont décidé de créer un groupe d'étude national sur le suicide au Canada qui serait chargé d'étudier et de mieux définir les dimensions du problème et d'examiner des stratégies qui permettraient d'y faire face efficacement.

Le 7 mars 1980, les membres du groupe d'étude se réunirent pour la première fois. (Au total, il devait y avoir six rencontres.) S'il est vrai qu'ils formaient un groupe très hétérogène, les membres avaient néanmoins en commun cette même volonté d'en apprendre davantage sur le suicide. En effet, ils étaient issus des quatre coins du pays, représentaient plusieurs milieux culturels, possédaient des antécédents professionnels divers, avaient des expériences différentes du suicide ainsi que des attitudes différentes à l'égard de ce phénomène. En tant que présidente, je crois que la diversité de ces perspectives et de ces philosophies constitue à la fois la principale force et la faiblesse majeure du rapport final du groupe d'étude. Elle en fait la force, car le rapport est un exercice ambitieux, une analyse tous azimuts du problème, ce qui s'explique par le fait que le groupe était disposé à se pencher sur la nature multidimensionnelle du suicide. Elle en est aussi une grande faiblesse en ce sens qu'il a souvent été impossible d'arriver à un consensus, ce qui, dans certains cas, a provoqué un effet de flou et accru le risque de subjectivité.

Malgré ces réserves, je crois que le lecteur trouvera ce document à la fois intéressant, informatif et utile. C'est en effet la première fois qu'on tente de décrire et de documenter le phénomène du suicide au Canada et, en soi, cela fait de l'exercice une initiative valable.

J'aimerais témoigner la gratitude des membres du groupe d'étude à M[me] Brenda Wattie, directrice de la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada, pour la direction qu'elle a assurée et l'aide qu'elle a prodiguée pendant toutes les délibérations du groupe. J'aimerais également remercier les divers coordonnateurs de projets qui ont travaillé avec nous; je pense notamment à Shirley Locke-Winsor, Mary McKittrick, Nena Nera et Carl M. Lakaski. En outre, Irene Marchenko mérite notre gratitude toute particulière pour l'excellent travail de révision du rapport. J'aimerais aussi remercier Wayne Burke de sa participation lors de la correction des épreuves. Enfin, j'aimerais transmettre mes remerciements personnels à l'administration du *Toronto East General Hospital* et au docteur John Nkansah, chef du Service de psychiatrie de cet établissement de leur appui indéfectible.

Diane Syer-Solursh, Ph.D.
Présidente
Groupe d'étude national sur le suicide

ISBN 0-662-94303-1
Cat. No. H39-107/1987F

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
SOMMAIRE		1
PARTIE I	**INTRODUCTION**	4
PARTIE II	**STRUCTURE ET OBJECTIFS DU RAPPORT**	6
PARTIE III	**DÉFINITION DU PROBLÈME**	7
A. ÉPIDÉMIOLOGIE		7
1. Introduction		7
2. La prévalence du suicide		7
(i) Comparaisons internationales des taux de suicide		7
(ii) Le suicide au Canada		7
a) Années potentielles de vie perdues (APVP)		7
b) Le suicide par rapport aux décès attribuables à d'autres causes médicales		7
c) La tentative de suicide et le suicide		8
d) Le suicide par groupes d'âge décennaux		8
e) Choix de la méthode		8
f) Études du suicide sur le plan écologique		9
g) Études de cohortes		10
B. ÉTIOLOGIE		24
1. Genèse		24
2. Facteurs sociaux		24
(i) Les déterminants familiaux		24
(ii) La situation professionnelle		24
(iii) La désorganisation sociale		25
(iv) Appartenance ethnique		25
3. Facteurs médico-psychiatriques		25
(i) Les troubles somatiques		25
(ii) Les troubles mentaux		26
(iii) L'usage abusif de l'alcool et des drogues		26
(iv) Le stress		26
(v) Les déterminants biologiques		27
a) Les variations saisonnières		27
b) Le cycle menstruel et la grossesse		27
c) Les déterminants neurochimiques, biochimiques et génétiques		27
4. La psychodynamique		28
(i) La psychanalyse		28
(ii) L'approche pluridimensionnelle		28
C. L'IDENTIFICATION DES GROUPES À HAUT RISQUE		29
1. Troubles mentaux		29
(i) Troubles mentaux, alcoolisme et suicide		29
(ii) Tentative de suicide et troubles mentaux		30
(iii) Alcoolisme		30
(iv) Conclusion		32
2. Facteurs liés à l'âge		32
(i) Jeunes		32
a) Déclaration		32
b) Différences liées au sexe		32
c) Méthodes de suicide		33
d) Facteurs suicidogènes		33

(ii) Personnes âgées 34
a) Attitudes sociales 35
b) Cas non déclarés 35
c) Facteurs suicidogènes 35

3. Autochtones 37
(i) Cas non déclarés 37
(ii) Facteurs suicidogènes 37

4. Détenus 38
(i) Facteurs suicidogènes 38
(ii) Automutilation 39

5. Proches de la victime 39

D. **LE CONSTAT DE SUICIDE : ATTESTATION DE DÉCÈS ET COLLECTE DE DONNÉES** 41

1. La loi 41

2. Les mécanismes 41

3. Attitudes des responsables de l'attestation et déclaration des cas 41

PARTIE IV LA PRÉVENTION, L'INTERVENTION ET LA POSTVENTION : ÉLABORATION D'UNE RÉPONSE AU PROBLÈME 43

A. **PRÉVENTION** 43

1. Amélioration des conditions sociales 43

2. Sensibilisation du public 43
(i) Amélioration des relations avec les médias 43
(ii) Programmes de sensibilisation du public 43

3. Réduction de l'accessibilité et de la létalité des moyens 44

4. Éducation et formation à l'intention des professionnels de la santé et des sentinelles 44
(i) Les professionnels de la santé 45
a) Médecine 45
b) Sciences infirmières et service social 45
c) Psychologie 45

(ii) Les sentinelles 46
a) Le clergé 46
b) Les agents de police 46
c) Le personnel des établissements pénitentiaires 47
d) Le personnel des établissements scolaires 47

B. **INTERVENTION** 48

1. Réseau médico-psychiatrique 48
(i) Services hospitaliers 48
a) Traitement en salle d'urgence 48
b) Services psychiatriques d'hospitalisation et de consultation externe 49
c) Action dans la collectivité 51
d) En dehors des centres urbains 51

2. Réseau de services sociaux 52
(i) Services communautaires 52
(ii) Nécessité d'une évaluation 53

3. Sentinelles 54

4. Conclusion 54

C. **POSTVENTION** 55

1. L'autopsie psychologique et l'attestation 55

2. Attestation du suicide et assurance-vie 55

PARTIE V **PRÉVENTION. INTERVENTION ET POSTVENTION AUPRÈS DES POPULATIONS À HAUT RISQUE** 57

1. Troubles mentaux 57
2. Alcoolisme 57
3. Les jeunes 57
4. Les personnes âgées 58
5. Autochtones 58
6. Personnes en détention 58
7. Les proches du disparu 59

PARTIE VI **LE SUICIDE ET LA LOI** 61

1. Le Code criminel 61
2. L'internement et la Loi sur la santé mentale 61
3. Le secret professionnel 61

PARTIE VII **LA RECHERCHE** 62

PARTIE VIII **CONCLUSION DE LA PRÉSIDENTE** 63

ANNEXE 1. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS 64

ANNEXE 2. RÉFÉRENCES 66

ANNEXE 3. MEMBRES ET EXPERTS-CONSEILS DU GROUPE D'ÉTUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE 73

ANNEXE 4. ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE 74

ANNEXE 5. EXTRAIT D'UN PROJET DE PROGRAMME D'ÉDUCATION À L'INTENTION DU PERSONNEL SCOLAIRE ET DES ÉTUDIANTS 75

ANNEXE 6. MODÈLES DE SERVICES HOSPITALIERS D'INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE 76

ANNEXE 7. MODÈLES DE SERVICES COMMUNAUTAIRES D'INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE 78

ANNEXE 8. PROGRAMMES D'INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE À L'INTENTION DES AUTOCHTONES 79

ANNEXE 9. MODÈLES DE PROGRAMMES DE POSTVENTION 82

ANNEXE 10. POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN PRÉVENTION DU SUICIDE : LE MODÈLE ALBERTAIN 84

ANNEXE 11. TAUX DE SUICIDE CANADIENS 87

FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

		PAGE
Figure 1	Taux de suicide comparatifs – Canada et États-Unis, 1968-1983	12
Figure 2	Années potentielles de vie perdues – Suicide et causes médicales de décès selon le sexe pour les résidents de Toronto	13
Figure 3	Suicides en tant que pourcentage de tous les décès	14
Figure 4	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 10 à 19 ans	15
Figure 5	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 20 à 29 ans	15
Figure 6	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 30 à 39 ans	16
Figure 7	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 40 à 49 ans	16
Figure 8	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 50 à 59 ans	17
Figure 9	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 60 à 69 ans	17
Figure 10	Taux de suicide pour 100 000 Canadiens âgés de 70 ans et plus	18
Figure 11	Taux de suicide au Canada, hommes et femmes, tous les âges	18
Figure 12	Taux de suicide moyens normalisés selon le sexe – provinces canadiennes (1969-1973)	19
Figure 13	Suicide et autres causes de décès – provinces canadiennes (1969-1973)	19
Figure 14	Taux de suicide moyens normalisés – provinces canadiennes (1969-1971 et 1979-1981)	20
Figure 15	Variables liées à la consommation d'alcool, selon le sexe – provinces canadiennes (1971-1981)	20
Figure 16	Cohorte – Taux de suicide spécifique pour 100 000 habitants en Alberta; Canada (hommes)	21
Figure 17	Cohorte – Taux de suicide spécifique pour 100 000 habitants en Alberta; Canada (femmes)	21
Figure 18	Estimation de la mortalité liée à la consommation d'alcool, Canada 1980	31
Figure 19	Modèle hypothétique pour le suicide et la tentative de suicide chez les personnes âgées	36
Figure 20	Formule de collecte de données pour les personnes en détention	60

TABLEAUX

Tableau 1	Décès attribuables au suicide dans la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (dernière année disponible) et au Canada	22
Tableau 2	Nombre estimatif d'années de vie perdues à cause du suicide, par année, au Canada (en utilisant les années 1963 à 1976 comme années de base)	22
Tableau 3	Taux pour 100 000 habitants pour certaines causes de décès choisies, Canada	23
Tableau 4	Rapport suicide – tentatives de suicide et suicides en tant que pourcentage de tous les décès, par âge, pour les hommes	23
Tableau 5	Rapport suicide – tentatives de suicide et suicides en tant que pourcentage de tous les décès, par âge, pour les femmes	23
Tableau 6	Méthodes de suicide utilisées selon le sexe, Canada 1983	23
Tableau 7	Incidence du suicide chez des malades mentaux et des sujets témoins	29
Tableau 8	Comparaison des taux de suicide provinciaux/territoriaux, selon le sexe (1970 et 1983)	33

Tableau 9	Incidence du suicide dans les pénitenciers Canadiens (1973-1983)	38
Tableau A-1	Canada : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	88
Tableau A-2	Canada : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	88
Tableau A-3	Canada : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	89
Tableau A-4	Terre-Neuve . taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	89
Tableau A-5	Terre-Neuve : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	90
Tableau A-6	Terre-Neuve : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	90
Tableau A-7	Île-du-Prince-Édouard : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	91
Tableau A-8	Île-du-Prince-Édouard : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	91
Tableau A-9	Île-du-Prince-Édouard : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	92
Tableau A-10	Nouvelle-Écosse : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	92
Tableau A-11	Nouvelle-Écosse : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	93
Tableau A-12	Nouvelle-Écosse : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	93
Tableau A-13	Nouveau-Brunswick : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	94
Tableau A-14	Nouveau-Brunswick : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	94
Tableau A-15	Nouveau-Brunswick : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	95
Tableau A-16	Québec : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	95
Tableau A-17	Québec : Taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	96
Tableau A-18	Québec : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	96
Tableau A-19	Ontario : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	97
Tableau A-20	Ontario : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	97
Tableau A-21	Ontario : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	98
Tableau A-22	Manitoba : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	98
Tableau A-23	Manitoba : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	99
Tableau A-24	Manitoba : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	99
Tableau A-25	Saskatchewan : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	100
Tableau A-26	Saskatchewan : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984	100

Tableau A-27 Saskatchewan : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 101

Tableau A-28 Alberta : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 101

Tableau A-29 Alberta : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 102

Tableau A-30 Alberta : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 102

Tableau A-31 Colombie-Britannique : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 103

Tableau A-32 Colombie-Britannique : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 103

Tableau A-33 Colombie-Britannique : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 104

Tableau A-34 Territoire du Yukon : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 104

Tableau A-35 Territoire du Yukon : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 105

Tableau A-36 Territoire du Yukon : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 105

Tableau A-37 Territoires du Nord-Ouest : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 106

Tableau A-38 Territoires du Nord-Ouest : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 106

Tableau A-39 Territoires du Nord-Ouest : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1984 107

SOMMAIRE

Il y a bien des questions à propos du suicide qui restent sans réponse, tout comme il y a une multitude de théories contradictoires. Le rôle du milieu et des troubles mentaux, l'existence et la nature des facteurs biochimiques ou génétiques prédisposants et les questions connexes de traitement et de prévention efficaces, voilà tous des problèmes aussi complexes qu'évidents. Le suicide est un acte, non une maladie. Reconnaître la chaîne de facteurs déclenchants et causals qui, pour chaque cas, peut être dans une large mesure personnelle, et définir une stratégie globale de prévention et de traitement qui soit pertinente constitue peut-être l'un des problèmes les plus épineux qui se pose aux professionnels de la santé (Le suicide au Canada, 1986).

Étant donné l'ampleur des recherches sur le suicide, il était nécessaire de faire le point sur l'état des connaissances relatives à ce phénomène et c'est ce qu'a fait le groupe d'étude. Celui-ci s'est vu confié le mandat de présenter un compte rendu sur la nature et l'étendue du suicide et des problèmes connexes, d'étudier les paramètres démographiques et sociaux et d'identifier les groupes de Canadiens qui sont le plus à risque. On lui a également demandé de résumer les connaissances sur les facteurs causals et de recueillir de l'information sur les programmes de prévention, d'intervention et de postvention.

Le groupe d'étude présente une série de recommandations. La portée et la nature de ces recommandations sont le reflet de l'expertise des membres du groupe d'étude. Ce sont les priorités des provinces et des territoires en matière de santé mentale qui détermineront la pertinence et l'urgence des recommandations. Quelque tragique qu'il soit, le suicide est un phénomène rare dont les répercussions sociales sont plus limitées que celles d'autres problèmes de santé mentale comme le soin et le traitement des malades mentaux chroniques, les besoins en santé mentale des victimes de violence comme les femmes battues et les enfants maltraités ou négligés et, enfin, les problèmes de santé mentale qui accompagnent le vieillissement. En outre, toutes les recommandations ne s'appliqueront pas à l'ensemble du pays. Certaines peuvent avoir déjà été mises en oeuvre dans les services provinciaux ou locaux de santé mentale ou le besoin peut avoir été comblé par des services non prévus par le groupe de travail.

Introduction

L'introduction nous donne déjà une idée de l'ampleur du problème. "Les suicides ne constituent pas, comme on pourrait le croire, un groupe tout à fait à part." Parmi les comportements qui entrent dans cette catégorie, mentionnons : la toxicomanie chronique, l'hyperobésité, l'exposition habituelle aux risques, le laisser-aller des personnes âgées à l'égard d'elles-mêmes et le non-respect du régime thérapeutique indiqué dans le cas d'une affection physique grave. Le rapprochement qui peut être fait entre pareil comportement et le suicide pour ce qui est de la cause et du traitement est discutable. Néanmoins, il importe de reconnaître le caractère autodestructeur et suicidaire de ces comportements si l'on veut diagnostiquer et traiter efficacement ces troubles, et surtout les prévenir.

En 1983, le taux de suicide s'établissait à 15,1 pour 100 000 Canadiens, et un étude récente a indiqué qu'entre 1963 et 1976, plus de 2 000 000 d'années de vie au total ont été perdues à cause du suicide au Canada. (Peters et Termansen, 1982). Ces chiffres deviennent encore plus alarmants quand on pense que l'ampleur réelle du phénomène du suicide est probablement sous-estimée en raison des cas non signalés.

Épidémiologie

Le lecteur trouvera des données épidémiologiques ainsi que des données comparatives dans plusieurs tableaux et figures de l'étude. Le tableau 1, par exemple, compare les taux de suicide de la région de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé avec ceux du Canada. En général, les taux de suicide annuels par 100 000 habitants variaient entre 2,9 en Grèce et 44,9 en Hongrie, la médiane étant de 10. Le Canada, avec son taux de 15,1 par 100 000 habitants en 1983, se classe clairement dans la première moitié des pays énumérés. De plus, le taux canadien est maintenant constamment supérieur à celui des États-Unis. Dans cette partie du rapport, on établit les différences pour certains groupes d'âge au Canada, ainsi que les différences entre les hommes et les femmes et les différences interprovinciales. Par exemple : "De 1969 à 1973, on pouvait observer des différences interprovinciales marquées dans les taux de suicide. En effet, on a noté une progression d'Est en Ouest des taux de suicide chez les hommes. Le taux de suicide a également augmenté dans l'ensemble du pays depuis la Seconde Guerre mondiale, surtout chez les hommes, et les données de l'Alberta semblent indiquer que l'augmentation est cumulative. À l'intérieur des groupes d'âge, les données nationales montrent que les augmentations se retrouvent surtout chez les jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans ainsi que de 10 à 19 ans. Cette partie du rapport fait également ressortir une corrélation entre le suicide et de nombreux autres facteurs, notamment l'absence d'un réseau familial et social solide, les difficultés économiques et le chômage.

Étiologie

Une trentaine de pages du rapport ont été consacrées à l'analyse et à la synthèse de la littérature récente se rapportant aux nombreux facteurs causals. Les connaissances concernant les causes proviennent d'un grand nombre de disciplines et de perspectives professionnelles.

Certaines des études avaient trait aux caractéristiques et aux traits personnels communs des suicidants tandis que d'autres concernaient l'organisation et les relations familiales. Il existe également des facteurs liés au travail, et certaines données indiquent que la désorganisation sociale et la maladie physique peuvent également être des facteurs déclenchants. La maladie mentale joue aussi un rôle important dans de nombreux suicides, tout comme l'alcoolisme et les toxicomanies. On examine les résultats d'études ayant trait au rôle du stress ainsi que des facteurs déterminants sociaux, biochimiques et génétiques. Par ailleurs, on souligne brièvement certaines contributions de la psychanalyse. La nécessité d'une approche multidimensionnelle dans l'étude de la chaîne causale est très bien illustrée dans cette partie qui se termine par une analyse de cette approche.

L'identification des groupes "à haut risque"

Ce chapitre passe en revue les données et la littérature canadienne qui définit certains groupes comme étant des groupes à haut risque. Les problèmes comme la sous-déclaration de même que l'effet de certaines lois et attitudes courantes nous sont illustrés. Certains facteurs accessoires sont également abordés. Les groupes qui sont considérés comme à haut risque sont :

- les personnes souffrant de certaines maladies mentales,
- les alcooliques,
- les jeunes,
- les personnes âgées,
- les autochtones,
- les détenus,
- les personnes dans le deuil (les proches).

Prévention, intervention et postvention

Dans cette partie du texte, on traite des stratégies et des programmes mis en oeuvre afin de réduire et de prévenir le suicide. La prévention englobe les mesures susceptibles de réduire la prévalence ou la probabilité du comportement suicidaire. Parmi les moyens abordés, notons l'éducation publique (par le biais des médias et d'autres moyens), la diminution de l'accessibilité et de la létalité des moyens et, enfin, l'éducation et les programmes de formation à l'intention des professionnels de la santé et des sentinelles.

La catégorie de l'intervention englobe des méthodes à utiliser pour maîtriser les crises suicidaires. Il peut s'agir de l'élaboration et de l'utilisation de techniques spécialisées en matière d'évaluation, de counseling et de traitement.

La partie sur la postvention définit les mesures à prendre à la suite d'un suicide consommé. On vise ici à atteindre deux objectifs : offrir aux endeuillés des services de counseling et de soutien et effectuer une autopsie psychologique du suicidé afin de recueillir de l'information sur les activités et les états présuicidaires. Cette mesure aide énormément la famille ainsi que les chercheurs et les pourvoyeurs de soins de santé à comprendre le geste posé.

Prévention

Les médias jouent un rôle clé pour ce qui est de façonner les attitudes et d'éduquer la population. Il faudra que les professionnels de la santé mentale qui connaissent bien la question du suicide continuent de travailler de concert avec les représentants des médias dans le but d'atténuer les effets négatifs des reportages sur les cas du suicide dans les médias. La plupart des membres des médias s'intéressent sincèrement à la question de savoir quelle est la meilleure façon de procéder pour résoudre le dilemme qui existe entre la responsabilité de tenir le public au courant des événements et le risque de "contagion", en décrivant par exemple les moyens utilisés à des victimes éventuelles. Les auteurs d'un rapport publié récemment indiquaient que la décision des rédacteurs en chef des journaux canadiens de parler d'un suicide est régie par les critères suivants : la survenue dans un endroit public, la notoriété de la victime, les effets sur d'autres personnes ou la nature inusité de la méthode utilisée.

Il existe depuis longtemps des programmes d'éducation visant à atténuer la stigmatisation qui frappe ceux qui cherchent à se faire soigner pour des états dépressifs. Les programmes d'éducation devraient également viser à décourager le stockage de quantités létales de médicaments dans les pharmacies domestiques.

La létalité des instruments de suicide de même que leur accessibilité sont d'autres questions abordées dans la partie sur l'éducation publique (par exemple, un contrôle plus rigoureux de la distribution des médicaments et, lorsque cela est possible, la réduction de l'accessibilité des "risques attrayants").

En ce qui concerne l'éducation des professionnels et des sentinelles, le rapport souligne que les enquêtes ont révélés que les professionnels de toutes les disciplines et même les étudiants en médecine étaient très peu renseignés au sujet du suicide.

Dans la partie sur l'éducation des professionnels, les auteurs du rapport se sont penchés en particulier sur le cas des médecins, du clergé, des enseignants, du personnel des établissements correctionnels, des policiers et des professionnels de la santé mentale. On décrit plusieurs approches et l'on met de l'avant certaines recommandations.

Intervention

Rares sont les programmes canadiens de prévention du suicide et d'intervention auprès des suicidants qui ont fait l'objet d'une évaluation sérieuse. Les membres du groupe d'étude ont trouvé peu de données de recherches bien étayées, mais beaucoup d'opinions éclairées et de nombreuses descriptions de programmes. L'annexe fournit des descriptions détaillées de plusieurs excellents programmes communautaires ou hospitaliers.

L'hôpital général est peut-être l'établissement idéal lorsqu'il s'agit de traiter le cas d'auto-mutilation parce qu'en plus de fournir des services médicaux et chirurgicaux, le personnel peut dispenser les soins psychiatriques nécessaires à l'évaluation et à la prise en charge efficace du patient.

Le groupe d'étude a pu constater que les hôpitaux canadiens n'ont pas de normes établies pour le traitement des patients suicidaires dans les salles d'urgence; qu'il n'existe que quelques protocoles préliminaires et que les recherches dans ce domaine sont quasi inexistantes. Dans les services d'urgence des hôpitaux généraux, les patients suicidaires ne reçoivent souvent que des soins médicaux, surtout si l'auto-mutilation n'est pas considérée comme grave ou, pire encore, si elle est considérée comme un simple "geste symbolique". S'ils sont compétents en matière de chirurgie et de réanimation, les membres de l'équipe d'urgence ne sont pas nécessairement en mesure de faire face à la crise personnelle, aux problèmes familiaux ou aux autres facteurs qui peuvent précipiter la tentative de suicide.

Le rapport fait ressortir l'importance de l'équipe pluridisciplinaire de même que les principes qui régissent l'évaluation et le traitement de l'urgence psychiatrique. Il faut évaluer les problèmes et les points forts du sujet, sa situation ainsi que les sources éventuelles d'aide. Les discussions et les négociations relatives à l'orientation du patient doivent avoir lieu lors de l'entrevue initiale. Certains principes sont énoncés, notamment la nécessité d'une orientation spécifique et rapide. Enfin, certaines recommandations sont mises de l'avant.

Postvention

L'objectif premier de la postvention est de réduire le traumatisme des personnes affligées, qui forment l'un des groupes à haut risque mentionnés précédemment.

Le deuxième objectif consiste à reconstituer les événements qui ont précédé le suicide ainsi que les facteurs sociopsychologiques qui ont marqué la vie de la victime immédiatement avant son décès. Cette démarche, qui est décrite avec force détails, est appelée "autopsie psychologique". Les données sont recueillies auprès des proches de la victime, de préférence au domicile de ces derniers. Habituellement les personnes interviewées sont très bouleversées.

Le groupe d'étude estime que la technique de l'autopsie psychologique est beaucoup moins intimidante que les procédures quasi judiciaires d'une enquête qui souvent ne font qu'intensifier la détresse des endeuillés. L'autopsie psychologique est non seulement considérée comme plus discrète, mais elle est également perçue comme un mode d'intervention thérapeutique. Enfin, elle peut fournir de l'information précieuse aux chercheurs.

Programmes à l'intention des groupes "à haut risque"

Dans cette partie du rapport, on se penche sur les programmes qui s'adressent à certains groupes "à haut risque". On discute abondamment des programmes créés pour les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de dépression grave et de certaines formes de schizophrénie dans lesquelles le risque de suicide est élevé.

En général, on a noté une incidence de plus en plus forte d'alcoolisme parmi les suicidants. En raison de cette relation entre la consommation d'alcool et le suicide, il convient d'inclure les alcooliques parmi les groupes à haut risque. Les stratégies de prévention et d'intervention reconnaissent la complexité de la relation surtout parce qu'elle vient souvent s'ajouter à la dépression ou à d'autres troubles mentaux.

Dans la partie qui traite des problèmes des jeunes, des moyens de prévention et des modes d'intervention, on accorde beaucoup d'attention aux écoles, à l'éducation de même qu'au counseling et aux services psychiatriques.

On aborde ensuite les problèmes des personnes âgées et la question de la prévention du suicide dans ce groupe d'âge en insistant sur l'importance de programmes globaux comme les programmes de retraite, les groupes d'entraide, les programmes d'éducation des médecins de famille et du public portant sur les changements de personnalité caractéristiques chez les personnes âgées suicidaires.

Les autochtones forment également un groupe à haut risque. Ici, on insiste sur la nécessité d'adopter une approche culturelle. Certaines des descriptions les plus frappantes de ce rapport ont trait aux populations autochtones. Ces descriptions figurent dans les annexes.

Un autre groupe à haut risque est celui des personnes en détention. On décrit certains volets des programmes comme les groupes d'entraide et les groupes de pairs, la surveillance par les autres détenus et bien d'autres. On insiste également sur les programmes d'éducation qui s'adressent au personnel des établissements de détention et aux policiers ainsi que sur la nécessité d'améliorer les communications entre les établissements.

On souligne l'importance d'entrer en contact avec les proches de la victime dans les plus brefs délais possible après le suicide. Les bénévoles jouent souvent un rôle de premier plan dans les programmes décrits. Encore une fois, on insiste sur l'importance de l'éducation et de l'évaluation des programmes.

Le suicide et la loi

Cette partie du rapport traite de certains aspects du Code criminel, des problèmes que pose l'internement en vertu des lois sur la santé mentale en vigueur et des questions relatives au secret professionnel.

La recherche

Dans son rapport, le groupe d'étude insiste sur le besoin urgent d'information supplémentaire, surtout en ce qui a trait à certains groupes particuliers de personnes et certains programmes. En outre, il fait de nombreuses recommandations concernant la collecte d'information, les systèmes de classification communs, la recherche multidisciplinaire, la collaboration intersectorielle, etc.

Les conclusions de la présidente

La présidente résume quinze des principales conclusions du rapport. Le rapport se termine sur une note positive : "Les membres du groupe d'étude espèrent, il va sans dire, que l'on accordera toute l'attention voulue aux idées exprimées ainsi qu'aux suggestions et recommandations formulées dans ce rapport. Si l'on donne suite à certaines de ces propositions, on croit qu'il en résultera à long terme une baisse du taux et des répercussions du suicide au Canada".

I INTRODUCTION

Le suicide est un phénomène complexe et tragique qui, un jour ou l'autre, touche presque chacun d'entre nous, de façon directe ou indirecte. En outre, l'augmentation du taux de suicide inquiète les professionnels de nombreuses disciplines dans le monde entier. Vu l'étendue des recherches dans ce domaine, il y a lieu de procéder à une revue complète de l'état des connaissances actuelles qui permette peut-être de mieux comprendre la nature multidimensionnelle du problème. Cette synthèse devrait fournir de nouvelles orientations à la recherche et aider les travailleurs et les professionnels de la santé ainsi que les responsables des politiques à élaborer des stratégies de prévention et des techniques d'intervention plus efficaces.

Il y a bien des questions à propos du suicide qui restent sans réponse, tout comme il y a une multitude de théories contradictoires. Le rôle du milieu et des troubles mentaux, l'existence et la nature des facteurs biochimiques ou génétiques prédisposants et les questions connexes de traitement et de prévention efficaces, voilà tous des problèmes aussi complexes qu'évidents. Le suicide est un acte, non une maladie. Reconnaître la chaîne des facteurs déclenchants et causals qui, pour chaque cas, peut être dans une large mesure personnelle et définir une stratégie globale de prévention et de traitement qui soit pertinente constitue peut-être l'un des problèmes les plus épineux qui se posent aux professionnels de la santé.

Toutefois, des mesures immédiates s'imposent en dépit des connaissances imparfaites. La société n'attendra pas que l'on établisse des statistiques ou que l'on élabore des modèles plus perfectionnés sur le plan scientifique. Ainsi, le professionnel et le responsable des politiques sont forcément obligés de concevoir des approches pour aborder un problème dont nous connaissons à peine les causes premières ainsi que les mécanismes. Il s'agit d'un domaine où les opinions éclairées non seulement décrivent l'état actuel des connaissances, mais encore permettent d'établir des mesures concrètes visant à réduire le lourd tribut qu'impose le suicide aux individus et à notre société.

La meilleure stratégie consiste à faire appel au plus grand nombre de disciplines professionnelles et de réseaux de bénévoles afin d'obtenir tous les indices et moyens possibles qui permettent de comprendre et de traiter le problème. L'esprit de clocher des professionnels est un mal nécessaire dans un monde où l'état des connaissances et les exigences de la recherche sont si spécialisés que l'individu n'arrive pas à saisir le problème dans son intégralité. Toutefois, avec un problème comme le suicide où la cause et la thérapeutique à appliquer sont à la fois peu claires et multifactorielles, une approche intégrée est la seule qui convienne.

En raison de la nature fondamentale du débat sur le suicide, la définition du "comportement suicidaire" a elle-même suscité une controverse considérable. Il va sans dire que se suicider, au sens le plus strict, signifie s'infliger intentionnellement la mort. Il existe, toutefois, tout un éventail de comportements connexes qui sont manifestement autodestructeurs, dans la mesure où ils provoquent des lésions ou une mort prématurée. Ici, cependant, le caractère intentionnel de l'acte est à la fois insaisissable et difficile à définir. On ignore également dans quelle mesure pareil comportement diffère qualitativement du comportement suicidaire ou s'il constitue simplement une manifestation moins extrême de causes ou de facteurs prédisposants identiques. Émile Durkheim a été le premier à attirer l'attention sur cette question dans une étude classique intitulée "Le suicide" :

> (Les suicides) ne constituent pas, comme on pourrait le croire, un groupe tout à fait à part, une classe isolée de phénomènes monstrueux, sans rapport avec les autres modes de la conduite, mais, au contraire, ils s'y relient par une série continue d'intermédiaires. Ils ne sont que la forme exagérée de pratiques usuelles . . . (Ces différentes manières d'agir) procèdent d'états d'esprit analogues, puisqu'elles entraînent également des risques mortels qui ne sont pas ignorés de l'agent, et que la perspective de ces risques ne l'arrête pas; toute la différence, c'est que les chances de mort sont moindres (Durkheim, 1897-1951).

D'autres auteurs ont qualifié pareil comportement de "suicide sub-intentionnel", l'individu jouant "un rôle indirect, caché, partiel ou inconscient dans son propre décès" (Shneidman, 1973). Ce concept a été élargi et redéfini en tant que "comportement suicidaire indirect" (Farberow, 1980).

Parmi les comportements qui entrent dans cette catégorie, mentionnons : la toxicomanie chronique, l'hyperobésité, l'exposition habituelle aux risques élevés, le laisser-aller des personnes âgées à l'égard d'elles-mêmes et le non-respect du régime thérapeutique indiqué dans le cas d'une affection physique grave. Le rapprochement qui peut être fait entre pareils comportements et le suicide pour ce qui est de la cause et du traitement est discutable. Néanmoins, il importe de reconnaître le caractère autodestructeur et suicidaire de ces comportements si l'on veut diagnostiquer et traiter efficacement ces troubles. De même, on peut contribuer à prévenir le suicide par l'étude de ces comportements connexes.

Comme on vient de le signaler, l'intentionnalité est considérée comme une caractéristique clé dans la définition du suicide; les comportements autodestructeurs connexes ayant été perçus comme moins intentionnels et conscients. La question de l'intention est liée au débat sur la rationalité du suicide. D'une part, l'intention est une condition nécessaire pour que le suicide soit considéré comme rationnel; le comportement axé sur un objectif est par définition intentionnel. D'autre part, la rationalité n'est pas une condition nécessaire de l'intentionnalité. L'"intention de mourir" peut reposer sur des facteurs irrationnels.

Certains types de suicide, par exemple la fuite devant l'adversité ou l'accomplissement d'un geste héroïque, sont considérés comme "rationnels" dans les cultures occidentales. Pretzel a relevé quatre catégories de suicide de ce genre :

(i) le suicide au service d'une "bonne" cause, comme le martyre pour des convictions religieuses ou l'héroïsme du militaire;
(ii) le suicide pour échapper à une situation manifestement désespérée et pénible, comme une maladie terminale;
(iii) le suicide comme solution à une vie misérable, et
(iv) le suicide comme acte esthétique ou manifestation d'attachement, par exemple le prétendu "pacte d'amour" (Pretzel, 1968).

Cet éventail de comportements appelle deux observations. Premièrement, les attitudes à l'égard de la rationalité du suicide ont manifestement changé au fil des ans; il y a fort à parier que certains Canadiens jugeraient irrationnel ce que d'autres pays ou d'autres époques auraient considéré comme non seulement rationnel, mais encore louable. Deuxièmement, il existe une association évidente entre la reconnaissance de la rationalité du suicide et son acceptabilité sociale.

Actuellement, de nombreux professionnels de la santé mentale considèrent la plupart des comportements suicidaires comme le résultat d'états d'esprit irrationnels provoqués par la maladie mentale. En effet, comme l'indique clairement ce rapport, nombreuses sont les preuves de l'existence d'un lien entre certains troubles mentaux et les conduites suicidaires. Le problème se pose lorsqu'on considère tous les suicides comme irrationnels et qu'on établit un lien causal direct entre le trouble mental et le suicide. Le trouble mental n'est pas une cause suffisante du suicide, étant donné qu'un grand nombre de malades mentaux ne se suicident pas. Par ailleurs, on répugne à penser que le suicide constitue une réponse rationnelle à l'adversité. L'adversité est commune tandis que le suicide est rare.

Le groupe d'étude n'a pas l'intention de résoudre cette controverse; sa source – et sa solution – résident dans la recherche plus approfondie et dans le débat philosophique plus vaste entre les sciences exactes et les sciences humaines. Néanmoins, il importe d'être au courant de ce débat afin d'examiner l'état des connaissances dans le domaine. La

question de la rationalité ou de l'irrationalité du suicide ou de certains types de suicide est capitale pour la conception d'une approche préventive efficace.

On estime que plus de 1000 personnes se suicident chaque jour dans le monde alors que plusieurs millions tentent chaque année de s'enlever la vie (Organisation mondiale de la Santé, 1968). En Amérique du Nord et dans la plupart des pays européens, le suicide se classe depuis bien longtemps parmi les cinq à dix premières causes de décès. Si l'on a noté une baisse du taux de mortalité pour certaines maladies, cela n'a pas été le cas pour le suicide. La prévention du suicide est donc devenue une importante question de responsabilité en matière de santé publique.

Le problème du suicide a été officiellement reconnu au Canada pour la première fois en 1974 avec la parution de "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens", du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, M. Marc Lalonde. Cette étude a révélé qu'en 1971 le suicide était la cinquième cause de "décès prématuré" après les accidents de véhicules motorisés, l'insuffisance coronarienne, tous les autres accidents et les maladies respiratoires, et le cancer du poumon. (On entend par décès prématuré celui qui survient entre 1 et 70 ans.) Le taux de suicide annuel pour 100 000 habitants s'établissait à 11,9. Il est passé ensuite à 15,1 en 1983. Selon une étude plus récente qui employait un autre type de mesure, entre 1963 et 1976, plus de 2 000 000 d'années de vie au total ont été perdues à cause du suicide au Canada (Peters et Termansen, 1982).

Ces chiffres deviennent encore plus alarmants quand on pense que l'ampleur réelle du phénomène du suicide est probablement sérieusement sous-estimée en raison des cas non signalés. Comme en fait état ce rapport, seulement un petit nombre de décès font l'objet d'une autopsie, et les coroners sont parfois peu disposés à qualifier un décès de suicide, étant donné le désir d'atténuer la détresse de la famille. Récemment des chercheurs qui se sont penchés sur le phénomène de l'idéation et des comportements suicidaires dans un groupe particulier de la population, ont décelé une fréquence étonnamment élevée de comportement suicidaire : en effet, 13 p. 100 avaient envisagé sérieusement le suicide; 4,5 p. 100 s'étaient livrés à de l'automutilation et 4 p. 100 avaient en fait tenté de se suicider (Bagley et Ramsay, 1984).

Bien qu'elles doivent faire l'objet d'une analyse plus approfondie, ces données montrent que la dynamique du suicide dans la société canadienne est peut-être gravement sous-estimée. Les données ainsi que le taux officiel inadmissiblement élevé de suicide au Canada ont provoqué un sentiment d'urgence autant chez les professionnels que chez les autorités. La création d'un groupe d'étude national sur le suicide traduit cette préoccupation.

II STRUCTURE ET OBJECTIFS DU RAPPORT

Voici les objectifs du Groupe d'étude national sur le suicide :

Étape I

1. Faire enquête sur l'état des connaissances en ce qui concerne les données épidémiologiques sur la nature et l'ampleur du suicide et des problèmes connexes en tentant d'établir des paramètres démographiques et sociologiques et de cerner les groupes de Canadiens à haut risque.
2. Faire enquête sur l'état des connaissances en ce qui concerne les processus étiologiques.
3. Recueillir de l'information sur les programmes de prévention, d'intervention et de postvention en insistant particulièrement sur des études d'évaluation des programmes existants.

Étape II

4. Analyser et examiner les faits présentés et établir des lignes directrices ou des recommandations en vue d'une intervention appropriée aux niveaux fédéral, provincial/territorial ou régional.
5. Cerner les domaines et les sujets sur lesquels il faudra faire porter les recherches, les études et l'évaluation.
6. Préparer un compte rendu des résultats à l'intention du sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé.
7. Donner des conseils sur les stratégies à adopter en vue d'une diffusion efficace de l'information sur les rapports et leurs conclusions.

À cette fin, ce rapport est structuré de la manière suivante. Dans la partie III, on donne un aperçu de l'état des connaissances en ce qui concerne la nature du phénomène du suicide; on examine en outre l'épidémiologie et l'étiologie du suicide et de la tentative de suicide et l'on identifie les groupes à haut risque en faisant appel à toutes les disciplines qui peuvent permettre de mieux saisir les données du problème. Dans la partie IV, on décrit différentes stratégies et techniques que le groupe d'étude a qualifiées de particulièrement prometteuses pour ce qui est de la prévention, de l'intervention et de la postvention en matière de suicide. L'amélioration de l'éducation, de la formation et des modalités de traitement à l'intention des groupes professionnels et paraprofessionnels qui entrent en contact avec des suicidaires y est également abordée de façon particulière. La partie V présente des stratégies particulières qu'on peut utiliser auprès de populations à haut risque en rattachant les conclusions générales de la recherche épidémiologique et étiologique aux besoins précis de ces groupes. La partie VI traite des diverses questions juridiques qui entourent le traitement du suicide tandis que la section VII fait état des besoins actuels de nouvelles recherches et d'évaluation des programmes dans le domaine. La partie VIII, la dernière partie, reprend les principales conclusions du rapport. Celui-ci comprend également dix annexes qui fournissent la documentation essentielle à l'appui du texte.

III DÉFINITION DU PROBLÈME

A. ÉPIDÉMIOLOGIE

1. INTRODUCTION

L'épidémiologie peut se définir comme "l'étude de la distribution et des déterminants des maladies et des traumatismes dans les populations" (Mausner et Bahn, 1974). On peut découvrir des indices des causes d'une affection donnée en déterminant les variations de la fréquence avec laquelle l'affection frappe différentes populations puis en établissant un lien entre ces variations et l'hétérogénéité de leur milieu. Par exemple, John Snow a pu indiquer exactement que la flambée de choléra à Londres, en 1849, était attribuable à une source d'alimentation en eau contaminée en observant les districts et les ménages les plus touchés ainsi que les compagnies qui s'approvisionnaient en eau à partir de certaines portions de la Tamise. Il fallut attendre toute une génération avant que Koch et Pasteur n'identifient le micro-organisme du choléra. Plus récemment, les liens entre l'usage de tabac et le cancer du poumon et entre le régime alimentaire et la cardiopathie ont été établis au-delà du doute raisonnable au moyen de méthodes épidémiologiques similaires.

Le suicide n'est pas une maladie, bien qu'il soit peut-être attribuable à la maladie mentale, mais il est sans aucun doute un "traumatisme" selon la définition de l'épidémiologie de Mausner et Bahn (1974). Des études comparatives des données sur le suicide recueillies systématiquement par la plupart des pays depuis des siècles, le premier étant la Suède en 1749 (Murphy, 1982), ont permis d'accumuler des connaissances et d'émettre des théories éclairées sur les causes du suicide.

Une étude comparative des statistiques démographiques est particulièrement utile étant donné l'impossibilité de faire une enquête prospective auprès du grand public afin d'identifier les populations à haut risque et de déterminer les conditions environnementales. Toutefois, on a observé certains groupes à haut risque, par exemple des personnes souffrant de troubles émotionnels graves, et l'on a découvert en fin de compte un taux de suicide de l'ordre de 15 p. 100 dans ces groupes. On ne peut appliquer pareilles conclusions au grand public. L'étude suédoise "Lundby" constitue un exemple rare d'une enquête prospective menée auprès d'une communauté "normale". Dans le cadre de cette enquête, on a commencé par interroger des personnes, puis on a procédé à des interviews de rappel 15 et 25 ans plus tard. Sur environ 3500 proposants, on a recensé 28 cas de suicide (Hagnell et Rorsman, 1980). Au Canada, aucune enquête de ce genre n'a été faite.

Des études rétrospectives des antécédents des suicidés ont révélé que la grande majorité d'entre eux souffraient d'un trouble émotionnel quelconque lors de leur décès. À ce jour, deux études remarquables, l'une réalisée en Angleterre (Barraclough et coll., 1974) et l'autre à St. Louis (Robins, 1981), ont indiqué que 7 p. 100 et 2 p. 100 respectivement des 234 suicidés n'auraient pas auparavant souffert d'un trouble mental diagnostiqué. Toutefois, les critiques ont contesté la validité de pareilles conclusions et laissé entendre qu'un manque "d'objectivité" aurait pu fausser les jugements rétrospectifs des cliniciens participants (Sakinofsky et Roberts, 1985b).

L'épidémiologie ne peut toutefois pas à elle seule fournir des réponses sûres. Les études épidémiologiques portent sur des groupes démographiques plutôt que sur des individus, et il n'est peut-être pas facile d'appliquer à l'individu des conclusions qui sont valables pour un groupe particulier. Les épidémiologistes qualifient ce traquenard "d'illusion écologique". La valeur des études écologiques en épidémiologie réside dans leur pouvoir de faire jaillir des hypothèses utiles qui doivent ensuite être éprouvées sur des cohortes ou dans des échantillons cas-témoins. Dans le cas de la recherche sur le suicide, les chercheurs ont proposé une approche mixte consistant en une étude épidémiologique et une étude de cas qui permettra de faire une contre-vérification réciproque (Sainsbury, 1972; Susser, 1973). Susser a établi à ce sujet des critères applicables à ces études épidémiologiques axées sur la recherche des causes.

Sainsbury a mis en doute les critiques concernant l'exactitude des statistiques sur le suicide (Douglas et d'autres, 1967). Il est prouvé qu'il y a une erreur estimative de 22 p. 100 dans la confirmation des cas de suicide (Holding et Barraclough, 1977). Sainsbury soutient qu'il existe une erreur nette de 16 p. 100 dans la détermination des décès dus au cancer du poumon, toutefois les conclusions tirées des statistiques officielles sur le cancer ne sont jamais sérieusement mises en doute (Sainsbury, 1983). Les chercheurs s'entendent pour dire que si les attitudes locales peuvent effectivement influer sur l'exactitude absolue de l'enregistrement des cas de suicide, pareilles erreurs systématiques n'invalident toutefois pas les comparaisons régionales (Sainsbury et Jenkins, 1982; Sainsbury, 1983). En outre, une contre-vérification des certificats de décès dans des pays comme l'Irlande, où l'on soupçonne que les cas de suicide ne sont pas toujours déclarés, a révélé un taux de suicide relativement faible (McCarthy et Walsh, 1975). De même, une étude canadienne a signalé que le faible taux de suicide à Terre-Neuve était dans une large mesure attribuable à des groupes d'âge particuliers (Liberakis et Hoenig, 1978). Malla et Hoenig (1979) ont montré par la suite que, contrairement à ce qui avait été observé dans d'autres provinces, le taux de suicide à Terre-Neuve et au Labrador n'avait effectivement pas augmenté par rapport à la période 1964-1973 et qu'il a suivi une tendance traditionnelle où n'intervenaient pas les "nouveaux groupes à haut risque" (tels les jeunes) comme c'était le cas dans les sociétés plus urbanisées. En examinant minutieusement les certificats de décès de 1974 à 1978 qui ne mentionnaient aucune cause de décès, ils ont confirmé que le taux de suicide à Terre-Neuve était de moitié inférieur au taux national, compte tenu des cas de suicide qui n'avaient pas été signalés (Malla et Hoenig, 1983).

2. La prévalence du suicide

(i) Comparaisons internationales des taux de suicide

Le tableau 1* compare les taux de suicide de la région de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé avec ceux du Canada. En général, les taux de suicide annuels par 100 000 habitants s'échelonnaient de 2,9 en Grèce à 44,9 en Hongrie. Même si les années représentées n'était pas identiques, le taux de suicide au Canada, qui se chiffrait à 15,1 en 1983, se classait clairement dans le peloton de tête (50 p. 100 supérieur) des pays mentionnés et bien au-dessus de la moyenne de 10 par 100 000 habitants. Une étude du profil des taux de suicide au Canada et aux États-Unis au cours de la période 1968-1983 a montré que le Canada a rejoint puis constamment dépassé son voisin du Sud (figure 1).

(ii) Le suicide au Canada

a) Années potentielles de vie perdues (APVP)

L'impact du suicide sur la nation peut également être évalué d'après le nombre d'années prévues de vie perdues, jusqu'à l'âge de 70 ans, dont les victimes de suicide auraient peut-être joui. Comme on l'a fait remarquer plus haut, en ayant recours à la méthode de Doughty (1951) et en prenant comme référence les années 1963-1976, Peters et Termansen (1982) ont calculé que les Canadiens qui se suicidaient avaient perdu au total plus de 2 millions d'années de vie (tableau 2). En outre, par rapport à d'autres causes importantes de décès, une étude torontoise a montré que le suicide l'emportait sur toutes les autres causes de perte d'années potentielles de vie chez les femmes et ne cédait sa place qu'à l'infarctus du myocarde chez les hommes (figure 2) (Elinson et coll., 1983).

b) Le suicide par rapport aux décès attribuables à d'autres causes médicales

Les comparaisons des taux annuels de mortalité due au suicide pour tous les âges et les deux sexes et des décès attribuables à certaines maladies graves et aux morts accidentelles ont montré que le suicide est moins courant que les maladies cardio-vasculaires

---

* Les tableaux et figures mentionnés dans la présente partie sont regroupés à la fin de la partie. Les statistiques générales sur les taux de suicide au Canada et dans les provinces sont données à l'annexe 11.

et respiratoires, les cancers et les accidents, mais qu'il est plus fréquent que les décès attribuables aux affections rénales et hépatiques ou au diabète sucré (tableau 3). En tant que proportion de l'ensemble des décès, le taux de suicide a augmenté de façon soutenue depuis 1925 et n'a connu qu'une baisse temporaire qui a coïncidé avec la Seconde Guerre mondiale (figure 3). Cette hausse serait particulièrement marquée depuis le début des années 60 (Peters et Termansen, 1982).

c) La tentative de suicide et le suicide

Étant donné les problèmes inhérents à la déclaration de la tentative de suicide, les données n'ont pas été recueillies systématiquement au Canada, à l'exception de l'étude sur les blessures volontaires faite à London (Ontario) (Ferrence et Johnson, 1974; Whitehead et coll., 1973a; Whitehead et coll., 1973b). Dans leurs études, la fréquence de la tentative de suicide varie de 730 à 1433 cas par 100 000 habitants. Néanmoins, on a essayé d'estimer le ratio tentative de suicide/suicide ainsi que le pourcentage de l'ensemble des décès dus au suicide dans différentes tranches d'âge (tableaux 4 et 5). Pour ce qui est de la tentative de suicide, les deux sexes seraient le plus exposés entre 15 et 44 ans, le taux chez les femmes étant le double de celui des hommes. Par ailleurs, le suicide serait plus fréquent chez les hommes de plus de 34 ans et chez les femmes de 35 à 64 ans, le taux étant de beaucoup supérieur chez les hommes. En outre, le suicide intervenait pour environ un décès sur sept attribuables à toutes les causes chez l'homme et la femme âgés de moins de 35 ans.

d) Le suicide par groupes d'âge décennaux, de 1924 à 1983

Les figures 4 à 11 présentent une vue longitudinale des fluctuations des taux annuels de suicide au Canada sur une période de 60 ans, c'est-à-dire de 1924 à 1983, dans les groupes d'âge décennaux. Elles sont fondées sur les tables des taux de suicide bruts fournies par Statistique Canada. Dans le groupe des 10 à 19 ans, tant chez les garçons que chez les filles, les taux de suicide étaient similaires et faibles jusqu'aux années 40, puis les taux observés chez les garçons ont commencé à dépasser régulièrement ceux des filles et l'écart s'est élargi encore davantage après 1965. Les taux chez les garçons ont augmenté de façon soutenue, passant de 1,1 en 1924 à un maximum de 13,1 par 100 000 habitants en 1983, tandis que chez les filles, ils semblent s'être stabilisés à 2,1 par 100 000 habitants (en 1924, le taux était de 0,2). Contrairement à ce qui a été observé dans les groupes d'âge plus avancés, il n'y a eu ni fléchissement perceptible durant la Seconde Guerre mondiale ni augmentation prononcée au cours de la crise économique des années 30 (figure 4).

Dans le groupe des 20 à 29 ans, la fréquence plus élevée du suicide chez les hommes était apparente dès 1924. L'augmentation des taux de suicide chez les hommes durant le milieu des années 30 était également plus marquée et pouvait être attribuée à leur rôle de principal soutien de famille. Il y a eu, autant chez les hommes que chez les femmes, une baisse nette des taux de suicide qui coïncidait avec les années de guerre; cette baisse fut suivie d'une reprise de la tendance précédente après 1945. Par rapport au groupe des 10 à 19 ans, les taux de suicide chez les hommes ont accusé une forte hausse à partir du milieu des années 50; ce phénomène s'est accéléré depuis le milieu des années 60 pour atteindre finalement un taux de 33,9 en 1983, ce qui est 3 fois supérieur à celui des garçons âgés de 10 à 19 ans. Chez les femmes, les taux ont augmenté de façon plus modeste et, à l'instar du groupe d'âge précédent, ont semblé se stabiliser durant les années 80. En 1983, il était de 6,4 par 100 000 habitants, ce qui correspond également à 3 fois le taux des femmes de 10 ans leur cadette (figure 5).

Il importe de signaler l'augmentation marquée des taux de suicide chez les hommes en 1924 qui ont atteint un sommet à la fin des années 20 dans le groupe des 20 à 29 ans, et particulièrement dans les groupes d'âge de 30-39 à 60-69 ans. Cette hausse est sûrement attribuable à la crise ainsi qu'aux changements sociaux consécutifs à la Première Guerre mondiale. Le fait que le sommet ait coïncidé avec le début plutôt qu'avec la fin de la crise économique autorise peut-être à penser que les gens s'y sont finalement adaptés et que c'est l'impact initial qui a été le plus traumatisant.

Chez les hommes de 30 à 39 ans, les taux de suicide s'établissaient à 10,5 par 100 000 habitants en 1924. Ils ont atteint un sommet, soit 22,2, en 1930, sont demeurés hauts jusqu'en 1940, puis on a assisté à une baisse qui a coïncidé avec les années de guerre. En 1960, ils ont recommencé à grimper, atteignant des niveaux proches de 30 durant les années 80. Chez les femmes âgées de 20 à 39 ans, les taux de suicide ont accusé une plus faible hausse, puis se sont stabilisés à 9,5 dans les années 80, ce qui représente une augmentation importante par rapport à ceux des femmes de 10 ans leur cadette. Par contre, les taux de suicide n'ont progressé sensiblement dans aucun des groupes d'âge décennaux durant les années consécutives à la Première Guerre mondiale, qui furent également les années de la crise économique (figure 6).

Dans le groupe des 40 à 49 ans, les taux de suicide chez les hommes étaient de 15,3 en 1924, ils ont ensuite atteint un sommet de 31,7 en 1979, puis se sont établis à 29,8 en 1983. Un taux encore plus élevé, soit 31,6 par 100 000 habitants, a été atteint en 1930, mais il était loin de celui enregistré chez les hommes plus âgés à la fin des années 20 et au début des années 30 (figure 7). Pour le groupe des 50 à 59 ans (figure 8), l'année record a également été 1931 avec un taux de 39,6, tandis que pour les 60 à 69 ans (figure 9), c'était 1932 avec un taux de 40,5. Il est possible que les difficultés économiques de cette période aient eu de plus grandes répercussions sur les Canadiens parvenus au terme de l'âge mûr et au début du troisième âge. De nouveau, les femmes dans ces groupes d'âge auraient été épargnées. Les taux de suicide ont fléchi tant chez les hommes que chez les femmes de l'ensemble des groupes d'âge décennaux durant la Seconde Guerre mondiale. L'augmentation globale des suicides chez les hommes qui a commencé à se manifester au cours des années 60 s'est atténuée dans le groupe des 50 à 59 ans tandis qu'elle était négligeable dans celui des 60 à 69 ans. Toutefois, dans le groupe des plus de 70 ans, elle est réapparue de façon très nette entre 1980 et 1983 chez les hommes, tandis que chez les femmes on observait une faible pente positive à partir du milieu des années 60 (figure 10).

Un aperçu des taux de suicide chez les Canadiens de tout âge durant la période 1924-1983 illustre bien les points saillants des graphiques précédents, où l'on constate au départ, en 1924, une augmentation marquée du suicide chez les hommes qui a atteint un sommet de 24,2 en 1931 puis a fléchi, particulièrement durant la Seconde Guerre mondiale, pour ensuite atteindre son niveau le plus bas, soit 13,8 en 1945. Chez les hommes, le taux s'est stabilisé de 1946 à 1964, puis a commencé à grimper de façon soutenue jusqu'à un maximum de 28,8 en 1983. Par ailleurs, le suicide chez les femmes de tout âge est illustré par une ligne presque horizontale qui indique des taux beaucoup plus faibles, de 5 à 6 environ par 100 000 habitants, jusqu'à 1965, quand il a commencé à progresser graduellement jusqu'à un sommet de 9,7 en 1973, puis s'est de nouveau stabilisé. En 1983, le taux de suicide s'établissait à 8,6 par 100 000 habitants (figure 11).

Un examen des données précédentes révèle que, durant les années 20, le taux maximal de suicide chez les hommes a été atteint après l'âge de 50 ans, principalement dans le groupe des 60 à 69 ans. Dans les années 70, les taux de suicide chez les hommes de 20 à 29 ans ont rejoint ceux des groupes d'âge plus avancés; en 1983, le taux de suicide de ce groupe était plus élevé (33,9) que celui de tout groupe d'âge subséquent, à l'exception de celui des septuagénaires (36,1). Dans le cas des femmes, le scénario se présentait un peu différemment; le risque était maximal chez les 40 à 59 ans, puis diminuait par la suite. Cette tendance s'est poursuivie jusque dans les années 80, mais, au cours des dernières années, la période de risque de suicide le plus grand a été portée jusqu'à 69 ans.

e) Choix de la méthode

Le tableau 6 indique le nombre et le pourcentage de suicides selon la méthode employée durant l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données. Le mode de suicide le plus courant (31,9 p. 100) était

la mort par arme à feu. Chez les hommes, il intervenait dans 40 p. 100 des décès par suicide. Les femmes, pour leur part, préféraient absorber des doses excessives de médicaments, environ le tiers d'entre elles employant ce procédé. Près du quart des suicidés avaient choisi la pendaison tandis que le dixième avait opté pour l'inhalation de gaz et d'émanations (surtout l'oxyde de carbone).

f) Études du suicide sur le plan écologique*

Le suicide individuel et collectif est un phénomène complexe, étant donné les multiples facteurs qui agissent dans un ensemble hiérarchisé de causes nécessaires et suffisantes. Une analyse globale des études écologiques produit des résultats qui, s'ils peuvent servir d'indices, ne peuvent pas toujours s'appliquer à l'individu. Cela ne signifie toutefois pas qu'ils devraient être passés sous silence ou pris à la légère, puisque dans le cas du tabagisme et de la cardiopathie, par exemple, les résultats des études ont évoqué des facteurs causals qui ont par la suite été confirmés par des études cas-témoins et de cohortes portant sur des individus.

Trois études écologiques récentes sur le suicide méritent d'être signalées. Deux études transversales (chacune étant faite à une époque donnée) (Sakinofsky et coll., 1975; Sakinofsky et Roberts, 1985a) ont abouti à des conclusions qui se confirment mutuellement et corroborent les résultats d'études similaires réalisées dans d'autres parties du monde (par exemple Sainsbury et coll., 1980).

La première étude transversale établissait un rapport entre les taux de suicide provinciaux moyens normalisés au cours de la période 1969-1973 et environ 80 variables socioculturelles et démographiques, telles que l'organisation familiale et sociale, la mobilité sociale, l'intégration sociale, la structure du ménage, et diverses statistiques ayant trait au revenu, à la densité démographique, à la taille de la population indienne de la province, au genre d'emploi et au niveau de scolarité. (On a omis le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest parce qu'on estimait que leur faible population pouvait avoir une incidence sur l'exactitude de leurs taux de suicide.) La deuxième étude, qui comptait 177 variables, visait à cerner les facteurs socioculturels qui pourraient expliquer les différences dans les taux de suicide moyens normalisés entre les provinces, au cours de la période de 1979-1981. Dans les deux études, pour réduire au minimum les problèmes inhérents à l'analyse écologique et à la recherche épidémiologique (par exemple Morgenstern, 1982), au lieu d'utiliser des corrélations, on a fait une régression des principales composantes sur les taux de suicide afin d'estimer l'ampleur de l'association étudiée. De même, dans l'étude longitudinale, on a eu recours à une analyse fonctionnelle discriminante des variations sur la décennie plutôt qu'à une corrélation (Sakinofsky et Roberts, 1985b).

Résultats

Profils interprovinciaux

De 1969 à 1973, on pouvait observer des différences interprovinciales marquées dans les taux de suicide. Il est apparu une progression d'est en ouest des taux de suicide chez les hommes, qui n'était interrompue qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, où les taux de suicide chez les hommes étaient plus élevés que dans les provinces voisines plus à l'ouest, c'est-à-dire le Nouveau-Brunswick et le Québec. De loin, les taux les plus faibles chez les hommes ont été enregistrés à Terre-Neuve et les plus forts en Colombie-Britannique (figure 12). Les rapports les plus faibles entre les taux de suicide chez les hommes et chez les femmes, qui étaient de l'ordre de 2 à 1, ont été relevés en Colombie-Britannique et en Ontario. Toutefois, dans les autres provinces, les femmes auraient été davantage à l'abri du suicide que les hommes, et les rapports étaient de 4 à 1. Ces différences relatives entre les taux de suicide provinciaux et le profil global n'ont pas changé lorsqu'on a ajouté d'autres causes de décès qui auraient pu provoquer des erreurs dans l'enregistrement des causes de décès (accidents et blessures indéterminés) (figure 13).

La figure 14, qui compare les taux de suicide de 1969-1971 et 1979-1981 (toute la décennie intercensitaire), indique une modification importante de cette tendance est-ouest qui se manifeste par un changement marqué dans les taux de suicide, qui augmentent chez les hommes dans les provinces de l'Est, particulièrement au Québec et au Nouveau-Brunswick. Chez les Québécois, le taux de suicide a grimpé de 14,7 à 23,6, ce qui le fait passer du huitième au troisième rang. De même, au Nouveau-Brunswick, le taux de suicide chez les hommes a presque doublé, passant du neuvième ou sixième rang. Terre-Neuve continue d'occuper le dixième rang, mais même dans cette province, le suicide chez les hommes a augmenté de près de 50 p. 100 (passant de 5,4 à 7,5 par 100 000 habitants).

En général, au cours de la période décennale, le suicide chez les hommes a progressé dans les dix provinces canadiennes, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard. Malgré la disparition de la tendance est-ouest, c'est encore dans l'Ouest canadien que les taux étaient les plus élevés notamment en Saskatchewan et en Alberta, puis au Québec et en Colombie-Britannique.

Au cours de la décennie, le suicide chez les femmes dans les différentes provinces se présentait sous un jour tout à fait différent : les taux de suicide ont en fait diminué dans la moitié des provinces, y compris la Colombie-Britannique. Toutefois, au Québec, on observait une augmentation de 50 p. 100 (de 5,1 à 7,4), si bien que cette province est passée au troisième rang pour les suicides chez les femmes au Canada. Comme dans la période précédente (c'est-à-dire de 1969 à 1971), c'est dans l'Ouest canadien que les taux de suicide chez les femmes étaient le plus élevés, principalement en Alberta et en Colombie-Britannique. Quant à la Saskatchewan, elle venait au quatrième rang, après le Québec.

Causes possibles

Les conclusions au sujet du rôle étiologique des facteurs liés au suicide tirées des analyses des données des recensements de 1971 et 1981 sont sujettes à caution à cause de la question de l'illusion écologique (Robinson, 1950). Le problème central qui entoure cette question vient de ce qu'on applique une relation de causalité à un phénomène individuel à partir des observations applicables à des groupes (Morgenstern, 1982).

Les associations que l'on a découvertes entre certains facteurs et le suicide sont toutefois cohérentes et satisfont à certains des critères énoncés par Susser (1973) pour l'établissement de relations de causalité en épidémiologie. Les études transversales ont mis l'accent sur les réseaux de services sociaux et familiaux tandis que l'étude longitudinale insistait sur les changements qui interviennent dans la situation économique.

Les études transversales ont montré que les faibles taux de suicide dans les provinces étaient associées à la stabilité de la résidence, à l'intégrité de la famille ou encore aux familles monoparentales avec des enfants et au fait d'avoir un compagnon ou une compagne. Par ailleurs, les taux de suicide élevés étaient associés aux taux de ménages non familiaux, de divorce, d'alcoolisme et de familles sans enfants. La naissance à l'étranger ainsi que la langue parlée au foyer, autre que l'anglais ou le français, étaient également associées au suicide chez les femmes. Dans l'étude réalisée durant la période 1969-1973, on a également établi un rapport entre le taux élevé de chômage et le faible taux de suicide, ce qui s'explique probablement par les faibles taux de suicide relevés dans les provinces de l'Est où les taux de chômage ont toujours été élevés. Par ailleurs, Platt (1984) a passé en revue neuf études écologiques transversales et n'y a trouvé aucun rapport entre le suicide et le chômage. Cette conclusion ne s'appliquait toutefois pas aux études écologiques longitudinales qu'il a examinées.

Les conclusions de l'étude longitudinale (séries chronologiques) de Sakinofsky et Roberts, qui établissait un rapport entre les variations des taux de suicide provinciaux et celles qui ont été constatées dans 122 articles de recensement, revêtent une importance particulière, puisque cette méthode d'étude peut présenter des arguments plus solides en

---

* Nous sommes reconnaissants au docteur I. Sakinofsky qui nous a permis d'utiliser son analyse originale de données canadiennes pour la rédaction de cette partie.

faveur d'un lien de cause à effet qu'une analyse ponctuelle. Dans l'analyse, on a réparti les provinces en deux groupes de cinq provinces pour chaque sexe selon qu'il y avait une variation procentuelle élevée ou faible dans les taux de suicide au cours de la décennie. Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, le Québec, la Saskatchewan et l'Alberta étaient les provinces (de l'est à l'ouest) dont les variations procentuelles des taux de suicide chez les hommes étaient plus fortes. Il en allait de même du suicide chez les femmes, sauf que la Nouvelle-Écosse a remplacé le Nouveau-Brunswick. Ces provinces seront qualifiées de provinces à haut ou à faible taux de suicide pour chaque sexe.

Les fortes progressions des taux provinciaux de suicide aussi bien chez les hommes que chez les femmes étaient liées à un accroissement de la demande d'emplois de la part d'une plus grande proportion de la population masculine aux prises avec une augmentation relative du chômage, malgré la disponibilité d'un nombre légèrement plus élevé d'emplois. De même, les variations dans les taux de suicide chez les femmes étaient également liées à une demande record d'emplois par les femmes et, bien que ce besoin ait été comblé en partie par un nombre accru d'emplois disponibles, le chômage chez les femmes s'est accru, en 1981, de 85,8 p. 100 dans les provinces à haut taux de suicide par rapport à 47,4 p. 100 dans les provinces à faible taux de suicide. Cela contraste avec une hausse de 16 p. 100 du chômage chez les hommes, ce qui est élevé par rapport aux 10,7 p. 100 dans les provinces à faible taux de suicide.

Outre les facteurs associés à l'emploi, la hausse du taux de suicide chez les hommes était liée aux augmentations des cas de viol (cela peut dénoter l'absence de contraintes sociales), à la proportion de ménages non familiaux et au taux d'alcoolisme. Pour leur part, les faibles taux de suicide étaient liés à la stabilité. Outre l'emploi, les autres déterminants du suicide chez les femmes étaient la baisse du taux de mortalité néonatale (considéré comme une mesure de l'industrialisation par l'économétricien américain Brenner, 1973), l'accroissement du nombre de femmes occupant des emplois dans le secteur de la technologie et la variation de la densité de la population.

Il n'est pas étonnant de constater un lien entre l'augmentation de la demande d'emplois chez les femmes et l'accroissement de l'expansion industrielle et du nombre de femmes occupant des emplois dans le secteur de la technologie. La redéfinition des rôles des femmes dans la société y a presque sûrement contribué également. Il semblerait, toutefois, que la capacité ou la volonté des employeurs d'absorber la demande accrue d'emplois à des niveaux plus élevés ait, pour quelque raison que ce soit, été dépassée. Les changements mentionnés ci-dessus ont été liés au suicide chez les femmes dans les provinces, mais il convient de se rappeler que la hausse des taux de suicide chez les femmes dans l'ensemble du Canada semble s'être stabilisée (figure 11) et qu'entre 1969-1971 et 1979-1981 une augmentation du suicide chez les femmes n'a été signalée que dans quatre provinces (figure 14).

Tous les résultats de l'étude longitudinale autorisent à penser qu'entre 1969-1971 et 1979-1981 il s'est produit une augmentation des pressions économiques couplée à une diminution de l'intégration dans la société et que les effets de ces influences ont été plus marqués dans les provinces à haut taux de suicide. Au cours de la décennie, le Canada a traversé une période d'expansion. Eyer (1977) fait observer comment le taux de mortalité augmente durant les périodes de prospérité économique; le stress, le surmenage et le morcellement de la communauté y jouent vraisemblablement un rôle prédominant. Rakoff (1983) a également décrit comment les changements économiques rapides s'accompagnent d'un éclatement des valeurs traditionnelles entretenues par des institutions comme la famille, l'église et les régimes politiques, et comment cette anomie est liée au suicide.

Les données de la série chronologique font également état d'une augmentation supérieure des ventes d'alcool et de spiritueux (en volume), des décès dus à une cirrhose ou à une hépatite alcoolique ainsi que des accidents de la circulation dans les provinces à haut taux de suicide chez les hommes (figure 15a). Des conclusions similaires, sauf pour les ventes d'alcool, se dégagent dans les provinces à haut taux de suicide chez les femmes (figure 15b).

La hausse spectaculaire des taux de suicide aussi bien chez les hommes que chez les femmes du Québec exige une attention particulière. Deux études québécoises récentes examinent le phénomène. Cormier et Klerman (1985a et 1985b) ont analysé les variations annuelles des taux de chômage au Québec de 1950 à 1981 ainsi que les rapports qui existent entre ces données et les taux de suicide. Les résultats auxquels ils sont parvenus indiquaient une association positive durant la période 1966-1981, mais non durant la période antérieure.

Cormier et Klerman ont non seulement confirmé les résultats d'études antérieures faisant état d'un lien positif entre le chômage et le suicide chez les hommes, mais également chez les femmes âgées de 15 à 44 ans. Leur observation selon laquelle cette conclusion peut s'expliquer par l'accroissement du nombre de femmes sur le marché du travail au Québec durant la période à l'étude correspond dans une large mesure aux conclusions de Sakinofsky et Roberts (1985b) en ce qui concerne le suicide dans l'ensemble des provinces canadiennes.

Les conclusions qui se dégagent des analyses globales précitées au sujet du déséquilibre entre la demande et l'offre d'emplois sont étayées par des études réalisées dans d'autres pays. Dans une analyse d'un échantillon de 1 p. 100 de la population de l'Angleterre et du pays de Galles au cours de la période 1971-1981 (la même période décennale étudiée par Sakinofsky et Roberts, 1985b), Moser et coll. (1984) ainsi que Moser et coll. (1986) ont fait état d'un risque de suicide de deux à trois fois supérieur chez les hommes en chômage et de deux fois plus élevé chez leurs conjoints respectifs, leurs filles et leurs compagnes. Platt et Kreitman (1985) ont montré qu'il existait un lien entre le chômage et la tentative de suicide chez les hommes.

Cormier et Klerman ont attribué les changements de rôles associés à une plus grande laïcisation et au modernisme qui ont eu cours au Québec, à la "Révolution tranquille" qui a débuté au milieu des années 60 et engendré un "état d'anomie". Les résultats obtenus par Sakinofsky et Roberts autorisent à penser que ces changements de rôles ne se limitent nullement à cette province. La "Révolution tranquille" a peut-être permis des changements dans les valeurs sociales au Québec même, mais ceux-ci ont pris naissance à l'extérieur de cette province dans le cadre d'une transformation générale de la société occidentale qui a touché l'Europe aussi bien que l'Amérique du Nord. Ces changements dans les valeurs et les habitudes de vie contemporaines étaient associés à la hausse des taux de suicide dans 15 pays sur 18 étudiés par Sainsbury et coll. (1980).

Une seule étude écologique de la tentative de suicide a été effectuée au Québec (Jarvis et coll., 1982). Une analyse à plusieurs variables a révélé que les logements surpeuplés, les ménages composés d'une seule personne et le faible statut socio-économique étaient étroitement liés à des taux accrus d'automutilation. On n'y retrouve pas le statut familial et la mobilité comme variables prédictives.

g) Études de cohortes

Une analyse de cohortes des 4315 décès par suicide survenus en Alberta entre 1951 et 1977 a permis d'établir des cohortes de cinq ans, la première étant les personnes âgées de 15 à 19 ans en 1951. À mesure que chaque cohorte prenait de l'âge, son taux de suicide pour chaque recensement ultérieur a été indiqué sur un graphique (Solomon et Hellon, 1970; Hellon et Solomon, 1980).

La figure 16 montre le taux de suicide propre aux cohortes masculines pour 100 000 habitants (Solomon et Hellon, 1980). La première grappe suit le groupe d'âge de 1951 jusqu'à 40-44 ans et indique une augmentation progressive du taux de suicide de cette cohorte. Dans la deuxième cohorte, qui débute à l'âge de 15-19 ans en 1956 et se rend jusqu'à 35-39 ans, on observe une augmentation progressive des taux de suicide. Cette tendance ne s'est toutefois pas poursuivie au cours des deux cohortes suivantes, qui débutent en 1961 et 1966. Le suivi des cohortes ultérieures n'a pas été suffisant pour permettre de tirer des conclusions au-delà de la cohorte de 1966; on peut néanmoins cons-

tater la hausse spectaculaire du taux de suicide de la cohorte de 1971 qui va de 15-19 ans à 20-24 ans.

Dans le cas des cohortes féminines plus jeunes, on a noté un accroissement progressif des taux de suicide des cohortes de 1951 à 1966 et une stabilisation apparente en 1966. Comme chez les hommes, on a relevé une forte hausse du taux de suicide des cohortes de 1971 âgées de 15-19 ans à 20-24 ans (figure 16).

S'inspirant des résultats de leur étude, Solomon et Hellon ont conclu qu'on pouvait s'attendre à ce que la hausse récente et alarmante du taux de suicide chez les jeunes se poursuive à mesure que chaque mini-génération vieillit. Ils ont soutenu que les taux de chaque cohorte successive étaient plus élevés que ceux de n'importe quelle cohorte antérieure. Sur la figure 16, on peut voir que cette affirmation est exacte dans le cas des hommes jusqu'à la cohorte des 25 à 29 ans, mais non pour ceux dont l'âge varie de 30 à 34 ans. La figure 17 fait état d'une tendance moins nette en ce qui concerne le suicide chez les femmes. Par exemple, le taux de suicide dans le groupe des 15 à 19 ans a fléchi dans les cohortes de 1961 et 1966, mais augmenté dans celles de 1971 et 1976. En outre, il avait régulièrement progressé chez les 20 à 24 ans, mais diminué dans le groupe des 25 à 29 ans. Comme pour les hommes, le taux de suicide chez les femmes de 30 à 34 ans s'est stabilisé lorsque les cohortes de 1956 et 1961 ont atteint ces âges.

Bien qu'il ne soit pas facile d'admettre avec Solomon et Hellon que "la tendance est claire et cohérente", leur étude à la fois importante et originale a déjà inspiré d'autres études du même genre dans d'autres pays. Murphy et Wetzel font état de constatations similaires pour les États-Unis:

> Non seulement chaque cohorte de naissance successive débute-t-elle avec un taux de suicide plus élevé, mais encore tous les cinq ans son taux est supérieur à celui qu'avait la cohorte précédente à cet âge. Aux États-Unis, la régularité de ce phénomène au cours des 25 dernières années sous-entend une hausse continuelle des taux de suicide dans ces cohortes de naissance (Murphy et Wetzel, 1980).

En Australie, Goldney et Katsikitis (1983) ont confirmé les rapports faisant état d'une hausse sensible du suicide chez les jeunes, par contre, ils n'ont pas constaté que le taux de suicide de chaque groupe d'âge successif était plus élevé que celui de la cohorte précédente. Ils ont fait valoir que l'adoption de lois limitant la prescription de sédatifs en Australie aurait influé sur les résultats de leur étude, laissant ainsi entendre que le fait de modifier les facteurs environnementaux plus immédiatement liés au suicide lui-même (ce qui, au Canada, pourrait prendre la forme d'une loi plus rigoureuse sur le contrôle des armes à feu) pourrait se révéler efficace en matière de prévention.

Toutes les études précitées que l'on a passées en revue se limitaient à des actes ou à des tentatives de suicide au Canada. Ramsay et Bagley (1985) ont toutefois entrepris une étude d'un échantillon aléatoire de 679 adultes de Calgary afin d'analyser leurs attitudes à l'égard du suicide ainsi que leur comportement suicidaire réel. Les résultats de leur étude ont révélé que le suicide était davantage accepté que n'en avaient fait état les rapports antérieurs. En outre, 13 p. 100 des membres de l'échantillon avaient conçu des plans de suicide actifs durant leur vie alors que 10 p. 100 avaient tenté de se suicider ou s'étaient mutilés volontairement.

CONCLUSION

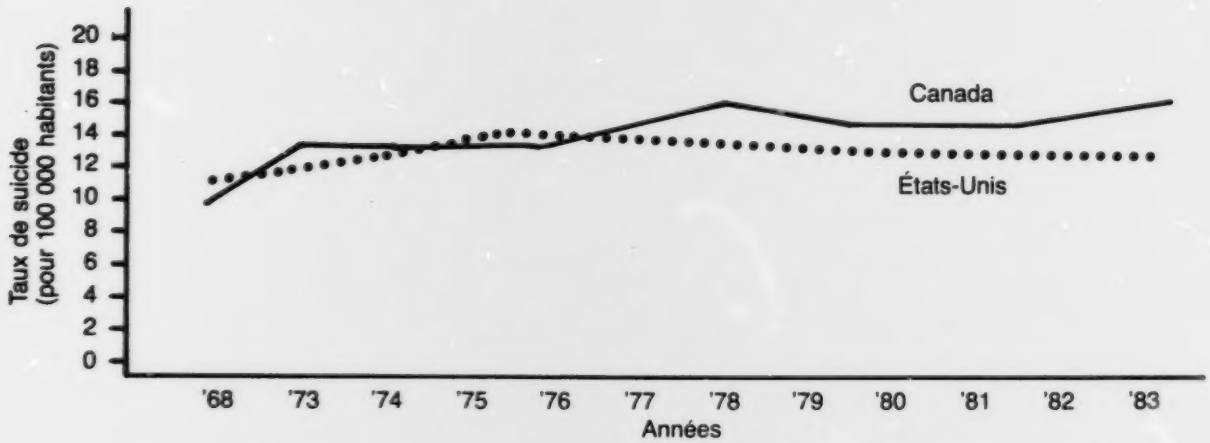
Les études épidémiologiques sur le suicide dans la population canadienne ont révélé que le phénomène s'était amplifié après la Seconde Guerre mondiale, chez les hommes en particulier. Le suicide est maintenant considéré comme un problème grave et, s'il n'est pas si aigu que dans certains pays, il demeure néanmoins une cause importante de mortalité et de perte d'années potentielles de vie dont auraient pu bénéficier l'individu, sa famille ainsi que l'économie nationale.

Les données des études réalisées en Alberta semblent indiquer que l'incidence croissante du suicide est cumulative. Cela signifie qu'on n'observe pas un risque marqué au cours d'une période précise de la vie, mais une augmentation du risque dans chaque génération successive qui est par la suite présent pendant toute la vie. En ce qui concerne les groupes d'âge, les chiffres indiquent que les augmentations se sont surtout produites chez les jeunes hommes de 20 à 29 ans et chez ceux de 10 à 19 ans.

Les causes de ce phénomène sont complexes et multifactorielles. Les études internationales semblent indiquer une transformation du tissu social caractérisée par une moins grande retenue et une certaine anomie. Cela coïncide avec une période de croissance économique, d'affluence, d'industrialisation axée sur la haute technologie et de chômage élevé. Certaines provinces situées à l'est du pays comme le Nouveau-Brunswick et le Québec ont été touchées plus que dans le passé, tandis que les provinces de l'Ouest continuent d'être confrontées à des problèmes de suicide.

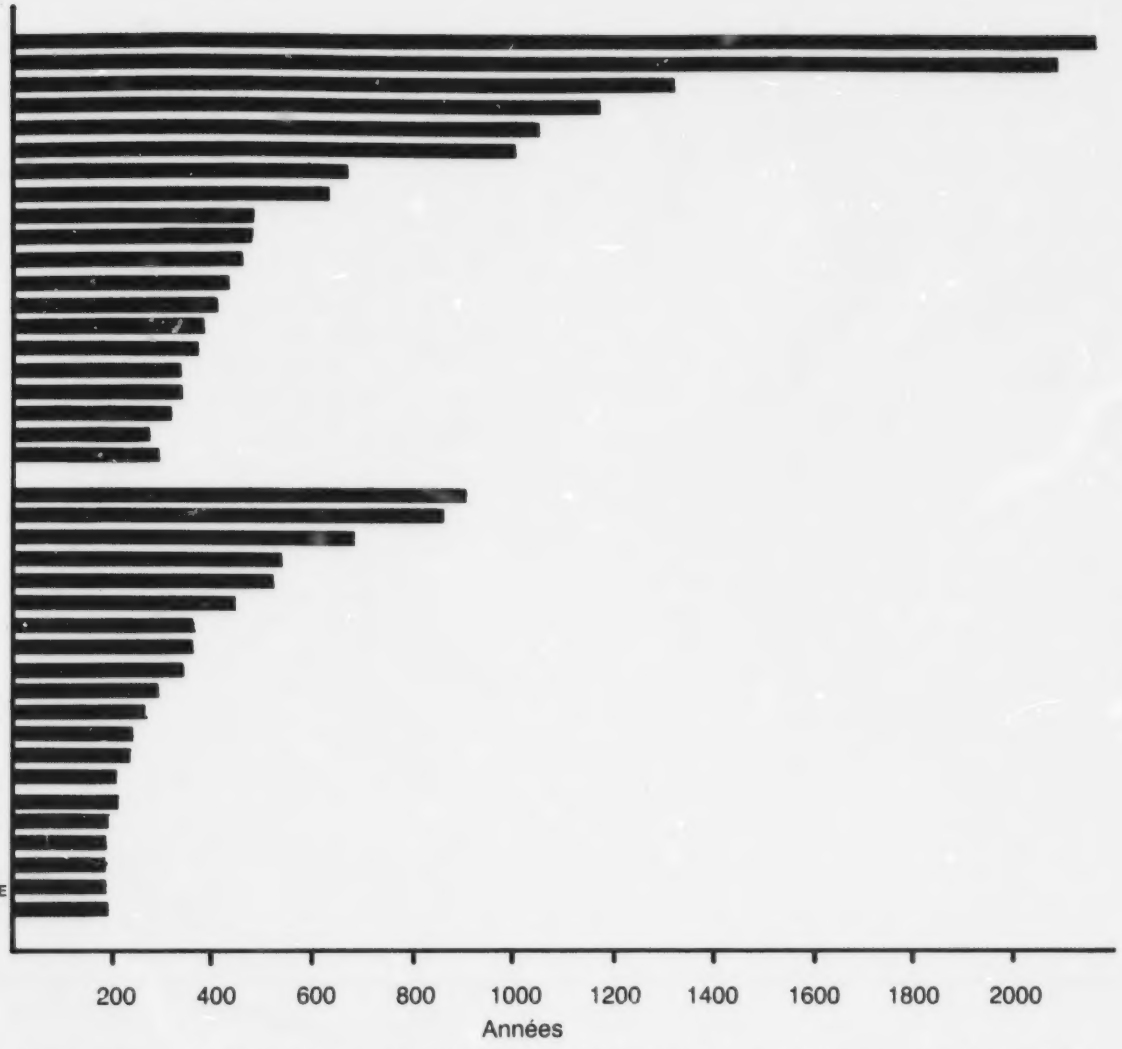
Pour plus de renseignements sur l'épidémiologie du suicide au Canada, le lecteur est invité à consulter les travaux de Bagley et Ramsay (1985) et ceux de Dyck et coll. (1986).

Figure 1. Taux de suicide comparatifs – Canada et États-Unis, 1968–1983



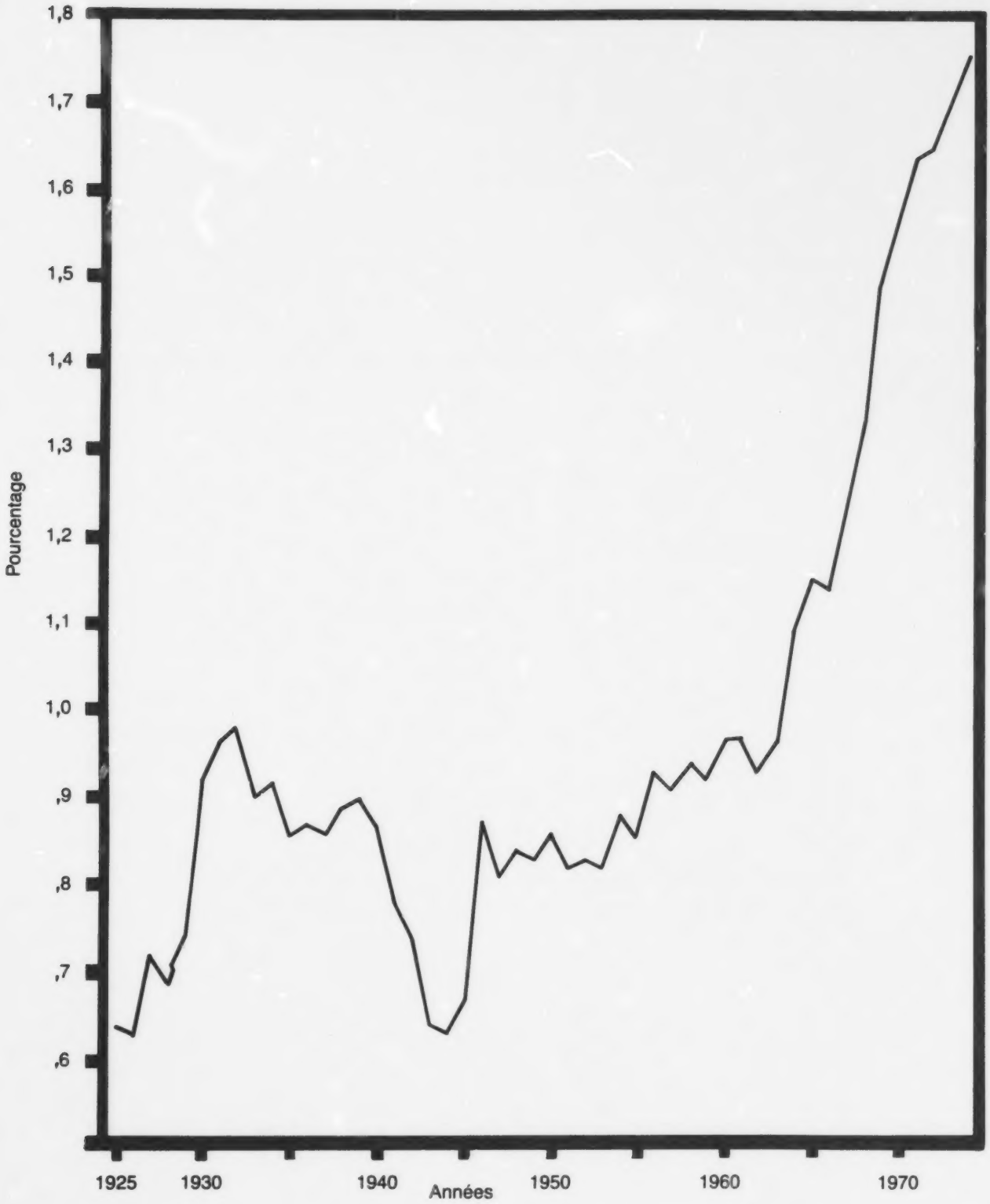
Source : Section de la statistique de l'état civil et de la santé de Statistique Canada, Ottawa.
Les données américaines proviennent du National Center for Health Statistics, Vital Statistics of the U.S., Vol. 2, Mortality, Part B, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration, 1984.

Figure 2. Années potentielles de vie perdues (A.P.V.P.) – Suicide et causes médicales de décès selon le sexe à Toronto



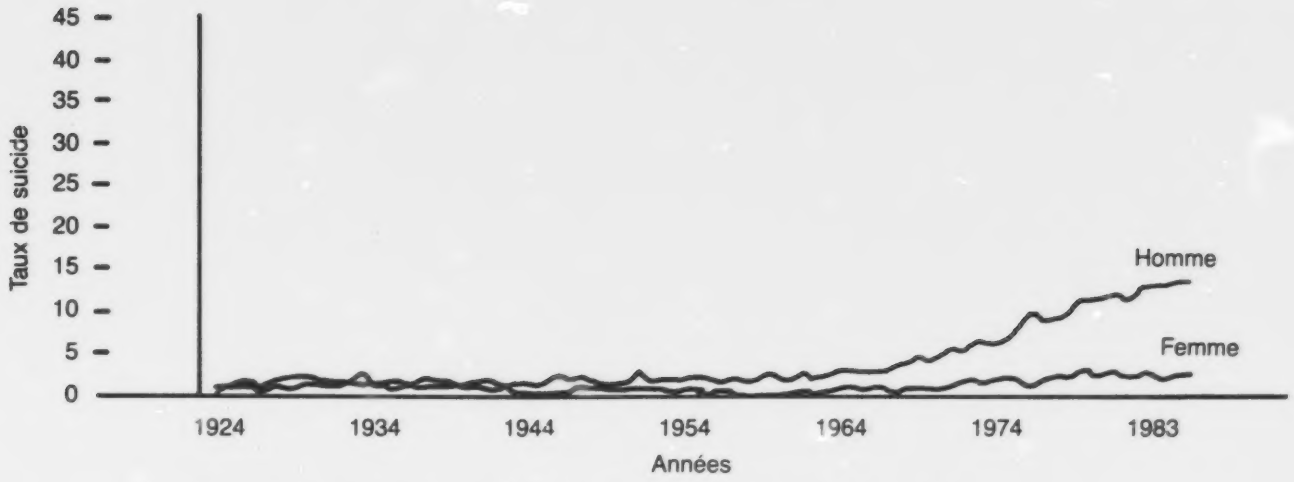
Source : Elinson L., Goettler F. et Kuhl D. Epidemiological characteristics of suicide in the city of Toronto, *Canadian Journal of Public Health*, 1983.

Figure 3. Suicides en tant que pourcentage de tous les décès au Canada



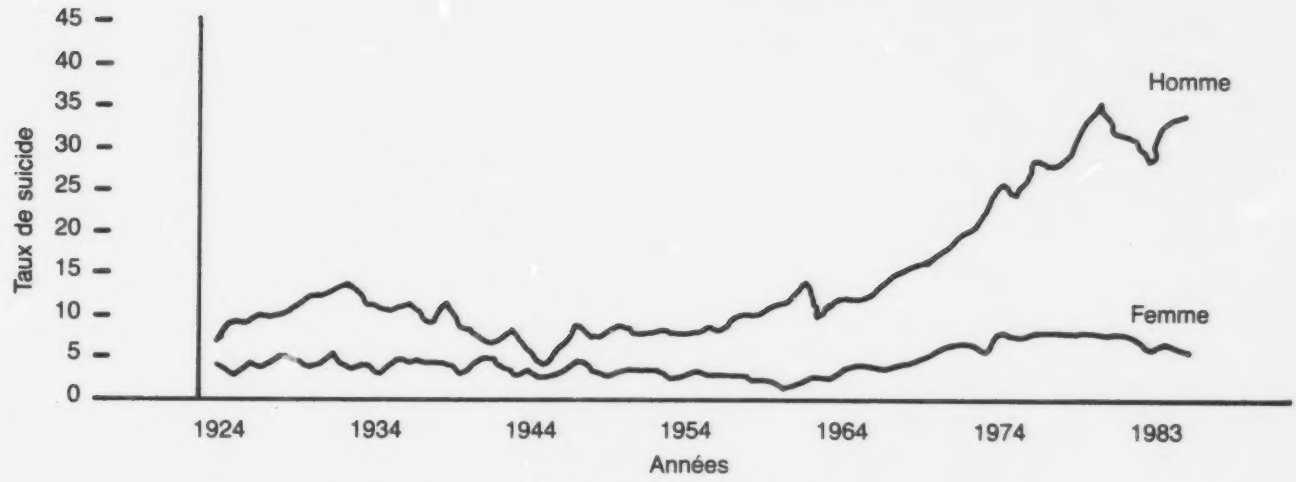
Source : Peters, R. and Termansen, P.E., *Trends in the demography of suicide in Canada*, document inédit, 1982.

Figure 4. Suicide chez les Canadiens âgés de 10 à 19 ans
Taux pour 100 000 habitants



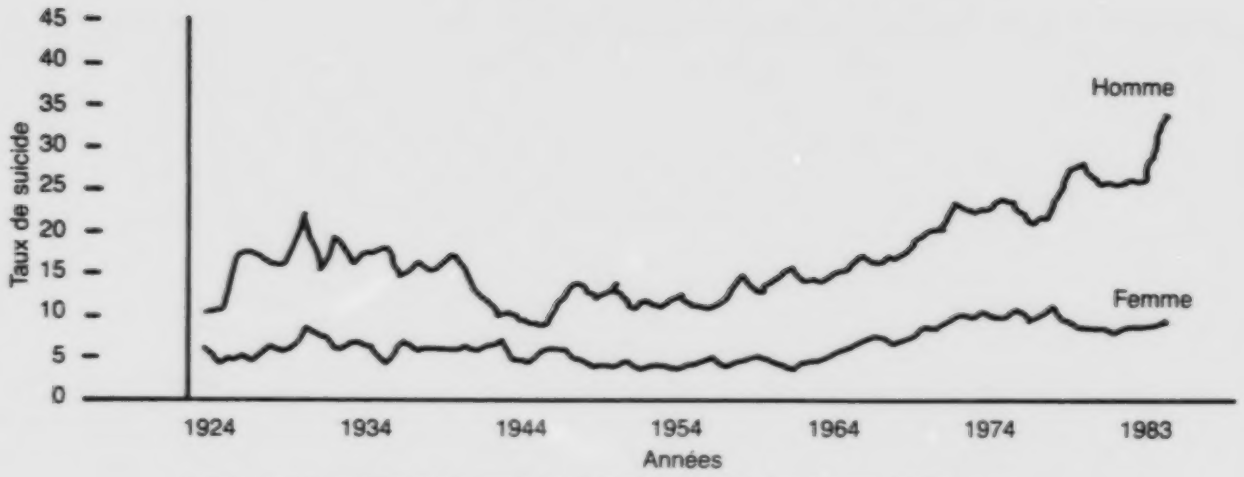
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 5. Suicide chez les Canadiens âgés de 20 à 29 ans
Taux pour 100 000 habitants



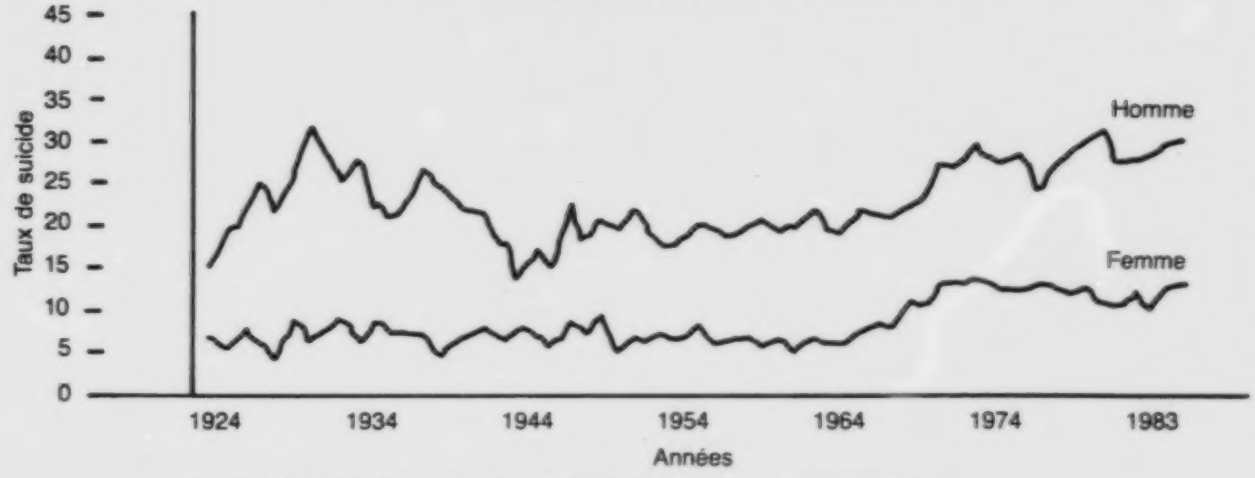
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 6. Suicide chez les Canadiens âgés de 30 à 39 ans
Taux pour 100 000 habitants



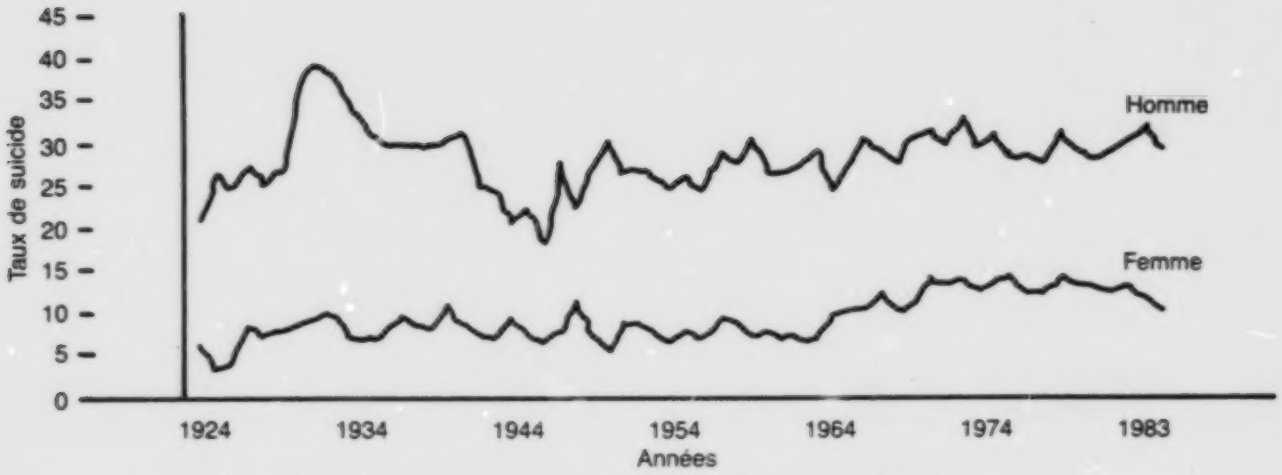
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 7. Suicide chez les Canadiens âgés de 40 à 49 ans
Taux pour 100 000 habitants



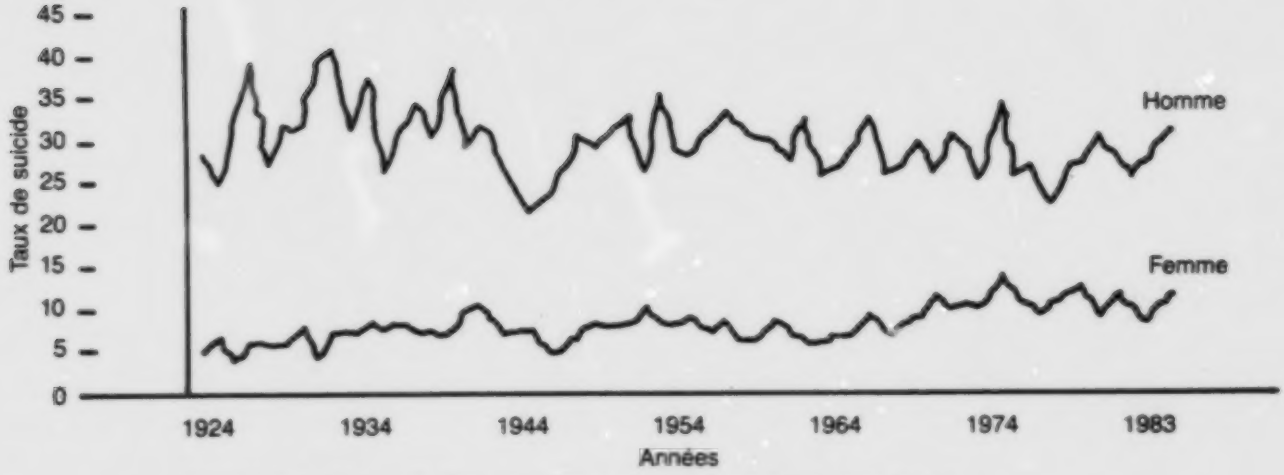
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 8. Suicide chez les Canadiens âgés de 50 à 59 ans
Taux pour 100 000 habitants



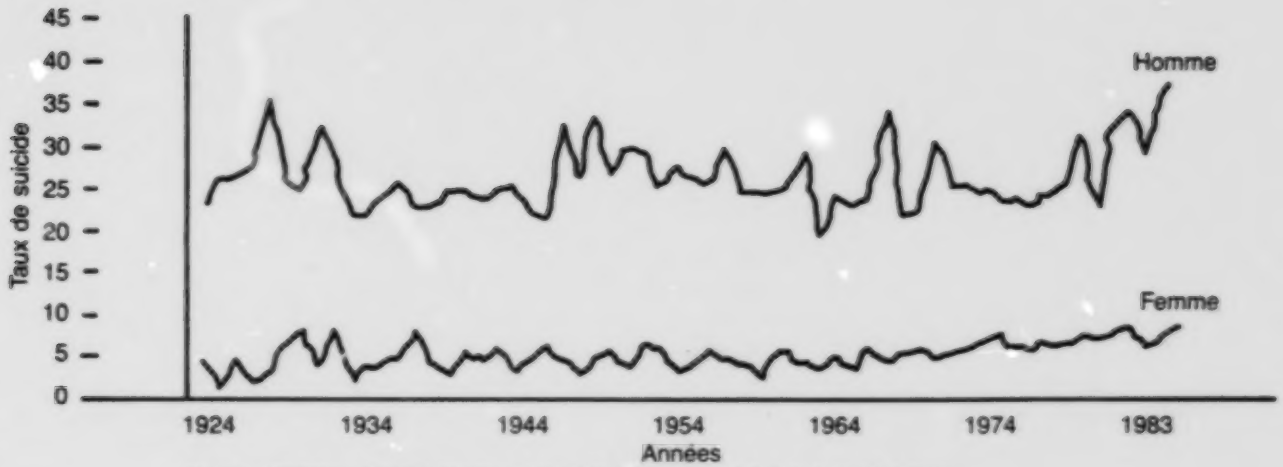
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 9. Suicide chez les Canadiens âgés de 60 à 69 ans
Taux pour 100 000 habitants



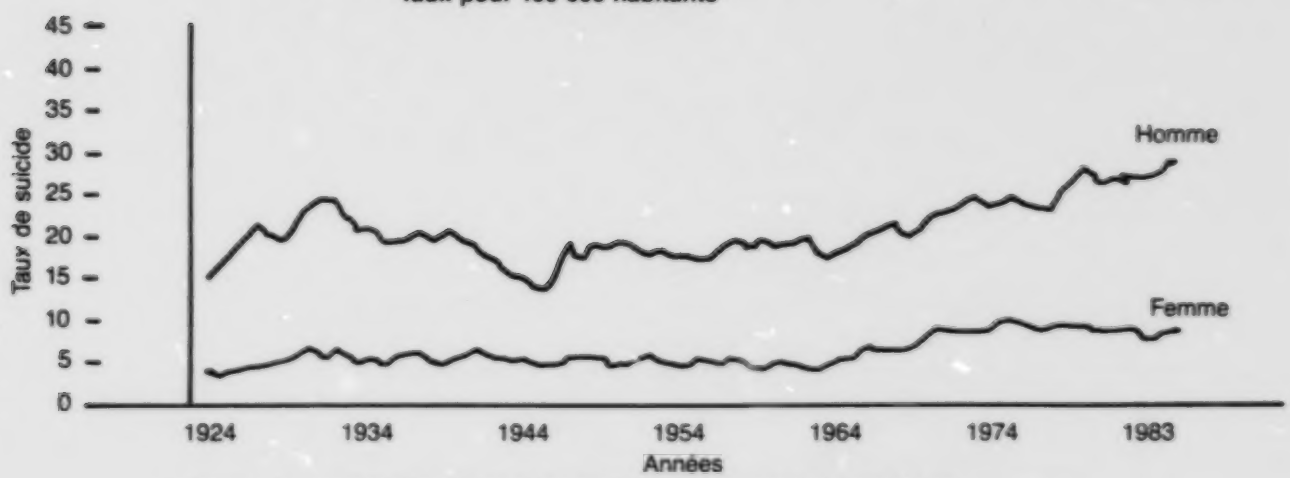
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 10. Suicide chez les Canadiens âgés de 70 ans et plus
Taux pour 100 000 habitants



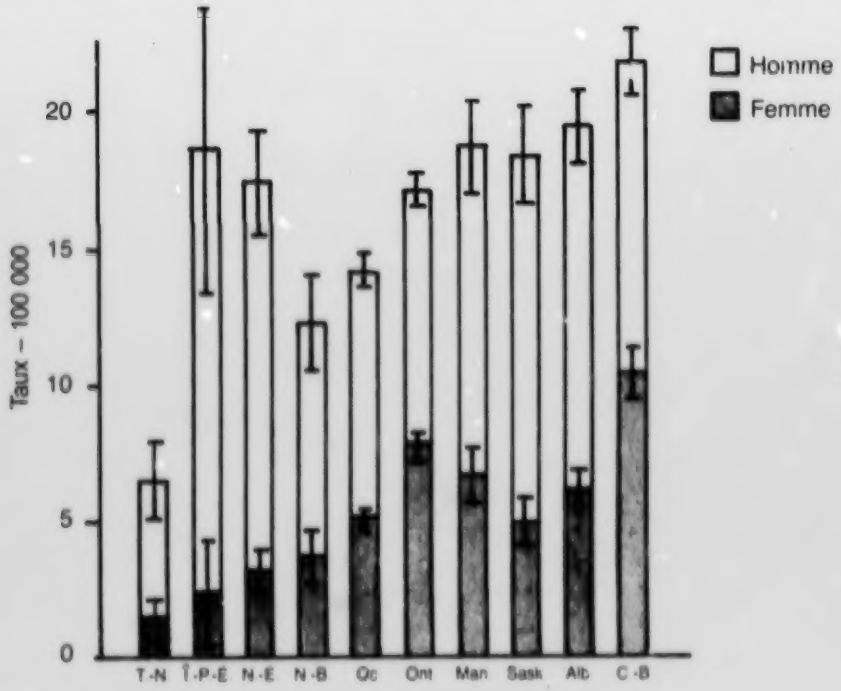
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 11. Taux de suicide chez les hommes et les femmes au Canada, tous les âges
Taux pour 100 000 habitants



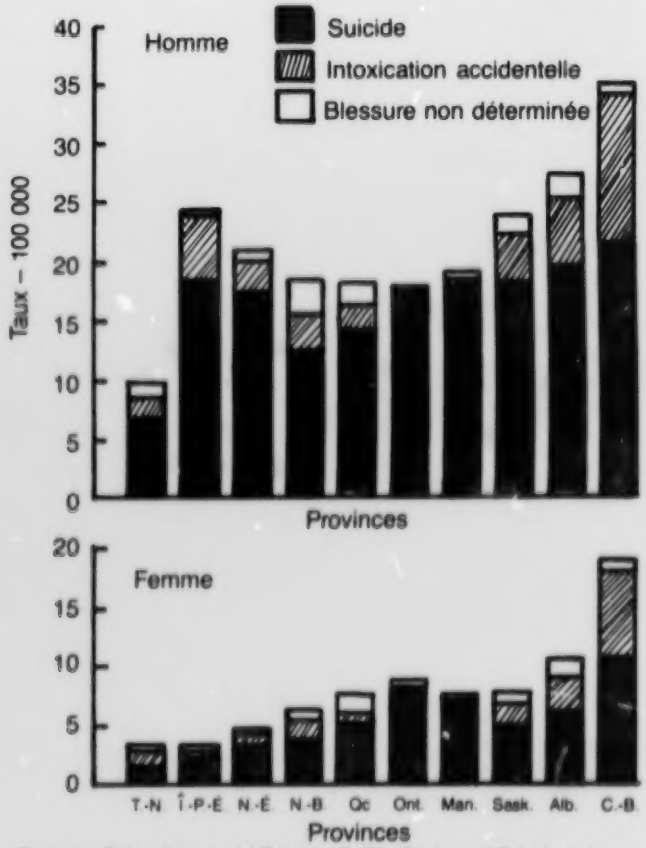
Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Figure 12. Taux de suicide moyens normalisés selon le sexe, provinces canadiennes (1969–1973)



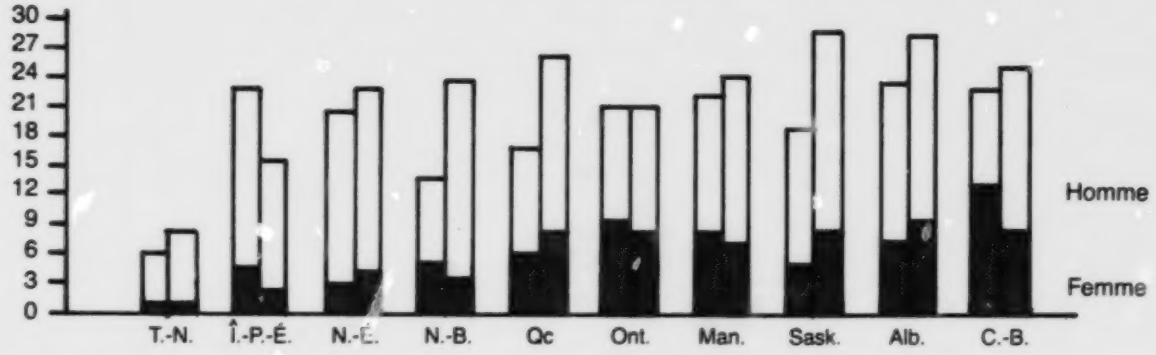
Source : Sakinofsky, I. and Roberts, R. The Ecology of Suicide in the Provinces of Canada. In B. Cooper (Ed.), *Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects* (titre provisoire). Londres : Croom Helm, en voie de publication.

Figure 13. Suicide et autres causes de décès selon la province et le sexe (taux moyens normalisés, 1969–1973).



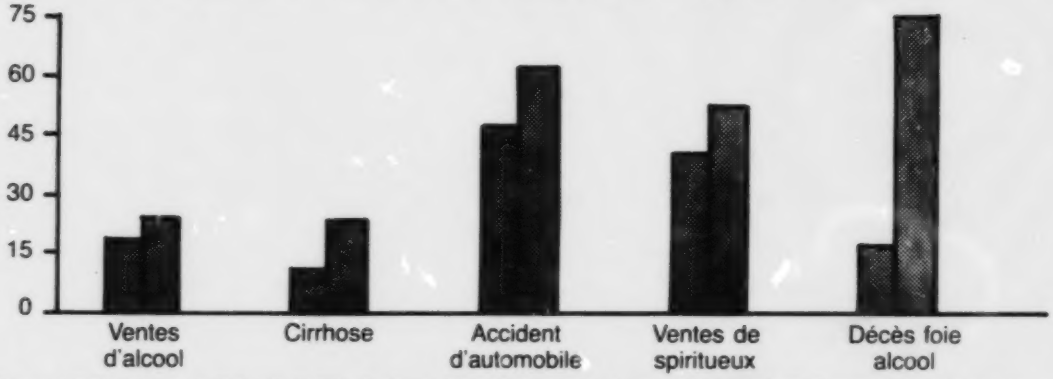
Source : Sakinofsky, I. and Roberts, R. The Ecology of Suicide in the Provinces of Canada. In B. Cooper (Ed.), *Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects* (titre provisoire). Londres : Croom Helm, en voie de publication.

Figure 14 Taux de suicide moyen normalisé
Provinces canadiennes (1969–1971 et 1979–1981)



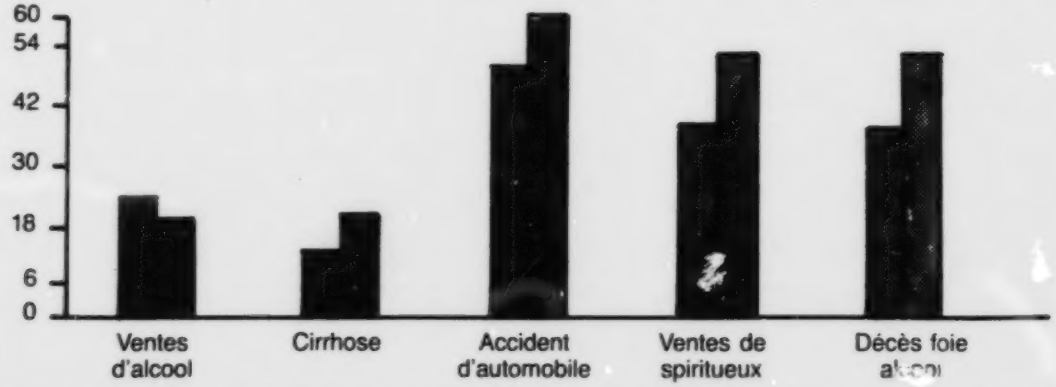
Source : Sakinofsky, I. and Roberts, R. The Ecology of Suicide in the Provinces of Canada. In B. Cooper (Ed.), *Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects* (titre provisoire). London: Croom Helm, in press.

Figure 15a. Provinces ayant des changements mineurs et importants dans les taux de suicide chez les hommes, 1971–1981 : liés à l'usage de l'alcool



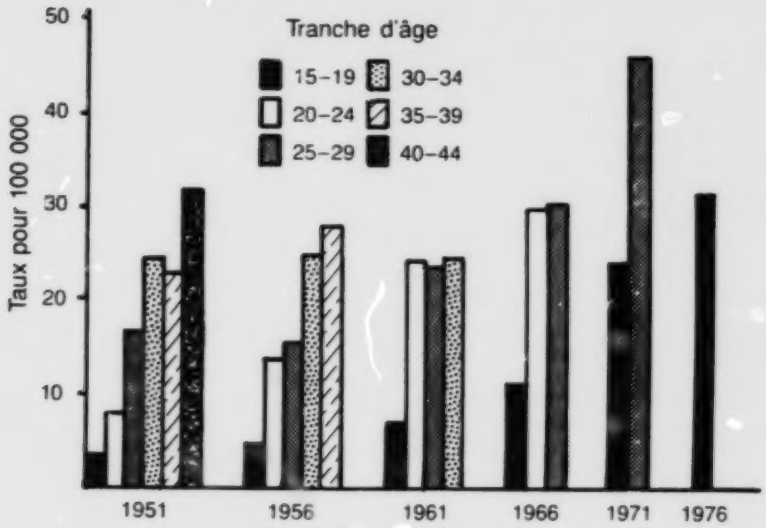
Source : Sakinofksy, I. et Roberts, R. The Ecology of Suicide in the Provinces of Canada. In B. Cooper (Ed.), *Psychiatric Epidemiology : Progress and Prospects* (titre provisoire). Londres : Croom Helm, en voie de publication.

Figure 15b. Provinces ayant des changements mineurs et importants dans les taux de suicide chez les femmes, 1971–1981 : liés à l'usage de l'alcool



Source : Sakinofksy, I. et Roberts, R. The Ecology of Suicide in the Provinces of Canada. In B. Cooper (Ed.), *Psychiatric Epidemiology : Progress and Prospects* (titre provisoire). Londres : Croom Helm, en voie de publication.

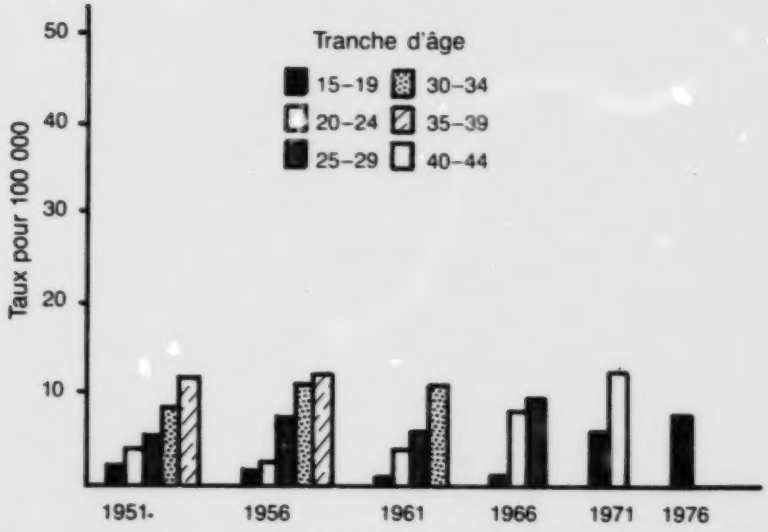
Figure 16. Cohorte des hommes – taux de suicide spécifique pour 100 000 habitants en Alberta, Canada



Année au cours de laquelle la cohorte est entrée dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans.

Source : Solomon, M. et Hellon, C.P. *Suicide and Age in Alberta*, Canada, 1951–1977: *A cohort analysis. Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 5.

Figure 17. Cohorte des femmes – taux de suicide spécifique pour 100 000 habitants en Alberta, Canada



Année au cours de laquelle la cohorte est entrée dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans.

Source : Solomon, M. et Hellon, C.P. *Suicide and Age in Alberta*, Canada, 1951–1977: *A cohort analysis. Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 5.

Tableau 1 Décès attribuables au suicide dans la région européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (dernière année disponible)[a] et au Canada[b]

Pays	Année	Hommes		Femmes		Total	
		Nombre	Taux pour 100 000 habitants	Nombre	Taux pour 100 000 habitants	Nombre	Taux pour 100 000 habitants
Autriche	1980	1342	37,8	590	14,9	1932	25,7
Belgique	1977	1201	25,0	673	13,4	1874	19,1
Bulgarie	1980	842	19,1	364	8,2	1206	13,6
Canada[b]	1983	2885	23,4	870	6,9	3755	15,1
Tchécoslovaquie	1975	2345	32,5	896	11,8	3241	21,9
Danemark	1980	1039	41,1	579	22,3	1618	31,6
Finlande	1978	963	43,9	237	9,7	1200	26,2
France	1978	6447	24,7	2711	10,0	9158	17,2
République fédérale d'Allemagne	1980	8332	28,3	4536	14,1	12868	20,9
Grèce	1979	786	4,0	91	1,9	277	2,9
Hongrie	1980	3644		1465	26,5	4809	44,9
Islande	1980	14	12,2	10	8,8	24	10,6
Irlande	1978	106		57	3,5	163	4,9
Italie	1978	2863	9,3	1092	3,8	3657	6,4
Luxembourg	1980	35	19,7	12	6,5	47	12,9
Malte	1977	0	—	0	—	0	—
Pays-Bas	1980	901	12,8	529	7,4	1430	10,1
Norvège	1980	370	18,3	137	6,6	607	12,4
Pologne	1979	3766	21,8	732	4,0	4498	12,7
Portugal	1979	701	16,0	251	4,8	952	9,7
Espagne	1978	1094	6,1	413	2,2	1507	4,1
Suède	1980	1137	27,6	473	11,3	1610	19,4
Suisse	1980	1128	36,7	493	16,2	1621	25,7
Royaume-Uni							
Angleterre et	1980	2629	11,0	1692	6,7	4321	8,8
pays de Galles	1978	38	5,0	32	4,1	70	4,5
Écosse	1981	339	13,6	177	6,6	516	10,0

Source : a. Organisation mondiale de la Santé. La prévention du suicide (Cahier de santé publique, n°35), Genève, 1982b.
b. Données canadiennes de Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Tableau 2 Nombre estimatif d'années de vie perdues à cause du suicide au Canada (1963 – 1976)

Groupe d'âge	Nombre total de suicides	Nombre total d'années de vie perdues
10 – 14	214,3	12 429
15 – 19	2 406,7	127 556
20 – 24	5 333,4	256 005
25 – 29	5 704,7	245 303
30 – 34	5 885,7	223 657
35 – 39	7 423,8	244 985
40 – 44	9 297,0	260 316
45 – 49	10 524,6	242 067
50 – 54	11 492,0	206 856
55 – 59	10 817,8	140 631
60 – 64	9 060,9	72 487
65 – 69	7 011,1	21 033
		2 053 325

Source : Peters, R. et Termansen, P.E. *Trends in the Demography of Suicide in Canada.* Document inédit, 1982.

Tableau 3 Taux pour 100 000 habitants pour certaines causes de décès choisies, Canada

Causes de décès choisies	Catégories CIMA	1982	1983
Maladies cardio-vasculaires	390–459	326,41	317,54
Affection rénale	580–599	8,90	8,38
Néoplasies malignes	140–208	170,35	172,22
Maladies respiratoires	460–519	49,68	53,52
Décès accidentels	E800–E949	38,52	39,70
Suicides	E950–E959	14,30	15,09
Diabète sucré	250	12,27	12,39
Cirrhose	571	9,70	9,45

Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

Tableau 4 Rapport suicide–tentative de suicide, et suicides en tant que pourcentage de tous les décès, par âge, pour les hommes

Âge	Suicide pour 100 000 habitants[a]	Tentative de suicide pour 100 000 habitants[b]	Rapport tentative de suicide–suicide	Suicide en tant que pourcentage de tous les décès
Moins de 15 ans	1,0	25,6	25,6	2,2
15 à 19	9,3	353,5	38,0	10,6
20 à 24	21,8	493,4	22,6	15,6
25 à 34	17,4	307,1	17,6	15,0
35 à 44	26,4	227,4	8,6	9,4
45 à 54	26,1	191,9	7,4	4,0
55 à 64	30,7	113,4	3,7	1,4
65 ans et plus	31,3	70,2	2,2	0,4
Total	18,8	221,8	11,8	2,2

Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.
[a] Taux annuel moyen de suicide en Ontario en 1970.
[b] Taux annuel de tentative de suicide du 1er juin 1969 au 31 mai 1971.

Tableau 5 Rapport suicide–tentative de suicide, et suicides en tant que pourcentage de tous les décès, par âge, pour les femmes

Âge	Suicide pour 100 000 habitants[a]	Tentative de suicide pour 100 000 habitants[b]	Rapport tentative de suicide–suicide	Suicide en tant que pourcentage de tous les décès
Moins de 15 ans	0,3	91,8	306,0	1,2
15 à 19	3,8	822,9	216,6	5,5
20 à 24	4,1	749,8	182,9	11,2
25 à 34	10,3	679,5	66,0	13,5
35 à 44	13,4	517,2	38,6	7,7
45 à 54	18,4	293,9	16,0	3,7
55 à 64	17,3	220,0	12,7	1,4
65 ans et plus	10,3	41,0	4,0	0,2
Total	8,2	370,1	45,1	1,1

Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.
[a] Taux annuel moyen de suicide en Ontario en 1970.
[b] Taux annuel moyen de tentative de suicide du 1er juin 1969 au 31 mai 1971.

Tableau 6 Méthodes de suicide utilisées selon le sexe, Canada (1983)

Méthode	Homme		Femme		Total	
Surdosage de drogues/médicaments	245	(8,5%)	302	(34,7%)	547	(14,6%)
Autre solide/liquide	37	(1,3%)	25	(2,9%)	62	(1,7%)
Gaz et émanations	306	(10,6%)	74	(8,5%)	380	(10,1%)
Pendaison, etc.	772	(26,8%)	187	(21,5%)	959	(25,5%)
Armes à feu	1115	(38,6%)	82	(9,4%)	1197	(31,9%)
Pistolets	37	(1,3%)	1	(0,1%)	38	(1,0%)
Tous les autres	373	(12,9%)	199	(22,9%)	572	(15,2%)
Total	2885	(100%)	870	(100%)	3755	(100%)

Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

B. ÉTIOLOGIE

1. Genèse

Nul ne s'étonnera de ce que les approches théoriques qui se sont développées au fil des ans pour l'étude et le traitement du suicide aient été le reflet des grandes tendances dans les attitudes de la société face au suicide et des principaux modes de traitement des troubles somatiques et mentaux. Au cours des XVI[e] et XVII[e] siècles, la vision du suicide était conditionnée par une idéologie qui privilégiait les déterminants physiques de la maladie mentale et ne reconnaissait aux influences spirituelles et sociales qu'un rôle secondaire ou accessoire (MacDonald, 1977). Bien que cette optique connaisse encore une faveur certaine de nos jours, quoique sous une forme plus raffinée, elle s'est enrichie d'autres points de vue qui rendent compte de l'évolution et de la diversification des théories médicale, sociale et psychologique.

Le XIX[e] siècle a donné naissance à deux grands modèles théoriques. Le premier, que l'on pourrait qualifier de "médico-psychiatrique", découlait des attitudes existantes, et mettait l'accent sur la causalité des facteurs physiques et psychologiques, le suicide étant perçu comme la manifestation d'une affection physique ou psychiatrique inhérente à la personne (d'après Rosen, 1975). Le second, à savoir le modèle "statistico-social" était issu de la tendance qui avait cours en médecine et en sciences sociales et qui reconnaissait un rôle prépondérant aux facteurs environnementaux dans les états physique et mental. En substance, le débat actuel autour de la question du suicide est le produit de l'affrontement de ces deux modèles.

L'une des premières et des plus éminentes études fondée sur le "modèle statistico-social" est celle d'Émile Durkheim (Durkheim 1897-1951). Encore aujourd'hui, cet ouvrage demeure un cadre de référence pour les chercheurs qui s'intéressent au rôle des déterminants sociaux dans la genèse du suicide. Durkheim s'est penché sur le lien entre les taux de suicide, d'une part, et les facteurs religieux et démographiques en Europe, d'autre part. Selon lui, les résultats de son enquête semblent confirmer deux hypothèses : à savoir, que le suicide n'est pas fréquent dans une société intégrée et que les motifs sous-jacents du comportement suicidaire sont tributaires de l'évolution des valeurs d'une société donnée.

Durkheim a défini trois types de suicide : égoïste, anomique et altruiste. Selon lui, le suicide égoïste est rattaché à l'éclatement ou à la désintégration des structures familiales ou sociales. Voilà qui pouvait expliquer le taux plus élevé de suicide parmi les protestants, qui étaient perçus comme un groupe ayant une structure sociale moins intégrée que celle des juifs ou des catholiques en raison de la notion primordiale de liberté et de responsabilité individuelles inhérente au protestantisme. Le suicide anomique a été rattaché à des conflits sociaux et à des difficultés économiques, ce qui expliquerait la recrudescence du suicide observée en période de crise économique. Le suicide altruiste s'expliquerait, selon Durkheim, par le besoin qu'a l'individu de servir des causes nobles. Le hara-kiri, pratiqué au Japon, participerait à cette catégorie de suicide. La théorie de Durkheim exclut l'idée d'un rapport entre les états psychopathiques et le suicide, ou entre le suicide et la présence de troubles névrotiques ou alcooliques.

À l'opposé, il y a le modèle médico-psychiatrique actuel qui attribue le comportement suicidaire à des causes scientifiques liées à l'état de santé physique ou mental. L'antagonisme profond de ces deux approches au suicide a été décrit comme un débat entre "le libre arbitre et le déterminisme" (Atkinson, 1972). Pour comprendre ces deux modèles – et, partant, évaluer et comparer leur validité – il est indispensable d'examiner les données qui font pencher la balance du côté de l'hypothèse sociale ou de l'hypothèse médico-psychiatrique pour ce qui est d'expliquer le phénomène du suicide.

2. Facteurs sociaux

Selon la littérature, les principaux déterminants de la conduite suicidaire sont liés à la famille, à la situation professionnelle, à l'appartenance ethnique et à la désorganisation sociale.

(i) Les déterminants familiaux

Au nombre de ces facteurs figurent la situation matrimoniale, la taille de la famille et d'autres variables rattachées à la famille. Les recherches actuellement menées au Canada et portant sur l'effet de la situation matrimoniale sur le comportement suicidaire donnent à croire que le taux de suicide est le plus élevé chez les divorcés et le plus bas chez les gens mariés (indépendamment du sexe). Cette constatation est corroborée par une étude réalisée aux États-Unis, qui comparait la situation matrimoniale des suicidés, des suicidants et des personnes décédées de causes naturelles. (Maris, 1981)

Toutefois, lorsqu'on tient compte du sexe, on s'aperçoit que malgré la forte corrélation positive entre le divorce et le suicide chez l'homme comme chez la femme, on a noté un rapport positif entre le mariage et le suicide dans la population féminine (Sakinofsky et Roberts, 1985a). Cette constatation peut corroborer l'hypothèse émise par Durkheim, selon laquelle le mariage sert davantage de protection contre le suicide chez l'homme que chez la femme (Durkheim, 1897-1951).

On a assisté à une recrudescence du suicide depuis 1970 chez les célibataires, hommes et femmes, mais surtout chez les hommes. Néanmoins, bien que le taux de suicide demeure plus élevé chez les célibataires que chez les personnes mariées, il est bien inférieur au taux relevé parmi les divorcés des deux sexes ainsi que les veufs et les veuves (Eastwood, 1981).

Selon d'autres études traitant de l'influence des facteurs familiaux sur le comportement suicidaire, l'appartenance à une famille nombreuse est inversement liée au suicide (Brown, 1980, Sakinofsky et Roberts, 1985a). En outre, on a noté une corrélation négative entre le suicide et le statut de chef de famille monoparentale. Par contre, la corrélation s'est avérée positive dans le cas des personnes vivant ensemble mais qui ne forment pas une famille (ménage non familial) (Sakinofsky et Roberts, 1985a).

(ii) La situation professionnelle

Les facteurs de cet ordre semblent intervenir davantage comme déterminants autant chez l'homme que chez la femme. En règle générale, Maris a trouvé que les obstacles à la réalisation des aspirations professionnelles étaient un facteur suicidogène plus fréquent chez l'homme, peu importe l'âge. Il a mis en évidence un lien positif entre les difficultés professionnelles et le suicide chez les hommes; un nombre considérable d'hommes ont connu des problèmes professionnels énormes peu avant l'acte suicidaire. De surcroît, une comparaison des profils de carrière d'un groupe de suicidés de sexe masculin avec ceux de leurs pères a fait apparaître que chez les premiers, il y a eu régression dans le statut professionnel juste avant la mort. L'auteur a noté qu'il était plus fréquent d'observer une stagnation dans la carrière la plus récente tant chez les suicidés que chez les victimes de mort naturelle (Maris, 1981).

Le lien entre la carrière et le suicide semble beaucoup moins évident chez les femmes. D'une part, la recherche fait ressortir une corrélation positive entre la proportion de femmes actives et le suicide chez les femmes (Sakinofsky et Roberts, 1985a); d'autre part, d'aucuns considèrent que les femmes reçoivent du soutien de leur milieu de travail, ce qui compense le stress imposé par la nécessité de cumuler les rôles de femme de carrière et de ménagère, voire de mère (Cumming et coll., 1978).

Quoi qu'il en soit, on a observé une relation entre certains facteurs rattachés à l'évolution du rôle de la femme sur le marché du travail et le suicide chez les femmes, notamment la proportion de femmes dans certains secteurs d'activité professionnelle (voir la partie consacrée à l'épidémiologie). Selon Sakinofsky, ce phénomène peut s'expliquer par "les pressions que représente le désir de se réaliser chez certaines femmes, qu'elles n'arrivent jamais ni à refouler ni à assouvir" (Sakinofsky et Roberts, 1985a).

Les résultats d'études portant sur l'effet du chômage sur les taux de suicide sont contradictoires. Tous les chercheurs s'entendent pour dire qu'en raison de la complexité de la relation qui existe entre ces deux phénomènes, il y a lieu d'utiliser une approche exhaustive qui tienne compte de toutes les variables parasites. Certains travaux récents visant à faire le rapprochement entre le chômage et le comportement suicidaire ont

fait apparaître un taux de chômage plus élevé parmi les suicidants et les suicidés que dans l'ensemble de la population de même qu'une proportion plus élevée de suicidants et de suicidés chez les chômeurs. Voici comment Platt explique cet état de choses :

> Les personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'un trouble de la personnalité peuvent être plus vulnérables aux pulsions suicidaires et plus susceptibles d'adopter un comportement qui accroît leur risque d'être congédiées ou de démissionner sur un coup de tête, comparativement aux sujets qui ne sont pas atteints d'un trouble mental ou de la personnalité (Platt, 1984) (traduction).

L'idée d'un lien entre le chômage et le suicide est corroborée par les travaux de Brenner et Mooney, qui ont noté qu'à chaque augmentation de 1 p. 100 du taux de chômage correspondait une hausse de 4 à 5 p. 100 des homicides comme des suicides (Brenner et Mooney, 1981). Il est intéressant de noter que ces conclusions s'appliquent à une population composée essentiellement de nouveaux chômeurs, par opposition aux chômeurs chroniques, qui se sentaient frustrés par le fait de voir leurs ambitions déçues (comme c'est le cas chez les nouveaux diplômés universitaires) ou par la faillite ou la perte de leur entreprise. La majorité des sujets se trouvaient dans une situation où le stress engendré par un bouleversement dans leur vie se répercutait à la fois sur eux-mêmes et leur famille.

Platt (1984) en arrive toutefois à la conclusion que "malgré les preuves solides d'une relation entre le chômage et le comportement suicidaire, la nature de ce lien est loin d'être claire." L'étude réalisée par Sakinofsky et Roberts (1985a), décrite plus haut, illustre le problème posé par l'étude des conséquences du chômage sur les taux de suicide dans la province. En raison des variables parasites, l'hypothèse initiale – à savoir l'existence d'une relation positive entre le chômage et le suicide chez l'homme – n'a pas été étayée par les résultats, surtout dans les provinces maritimes. Selon l'explication donnée, les Maritimes se caractérisent par une longue tradition d'acceptation et de tolérance face au chômage, la stigmatisation qui accompagne habituellement ce phénomène étant absente. Cette différence sur le plan des valeurs sociales, conjuguée avec l'existence de programmes d'assistance sociale, est peut-être à l'origine de ce curieux phénomène que représente un taux de chômage extrêmement élevé, associé au taux de suicide le plus bas au pays (Sakinofsky et Roberts, 1985a). Une autre étude canadienne plus récente fait cependant ressortir un lien positif très étroit entre le chômage et le suicide (Sakinofsky et Roberts, 1985b).

(iii) La désorganisation sociale

La désorganisation sociale, la mobilité sociale et l'isolement social sont autant de facteurs qui, il a été établi, sont fortement associés au suicide, surtout chez les hommes (Sainsbury, 1955). La désorganisation sociale consiste en un environnement caractérisé par des conditions sociales indésirables, la promiscuité, des conditions de logement déplorables, la criminalité, un usage abusif de l'alcool et des drogues, la solitude et l'instabilité. L'isolement social désigne la situation d'un individu qui vit coupé de tout contact social, situation attribuable à des facteurs tels que le divorce, l'absence d'enfants et le chômage. Des études récentes réalisées au Canada mettent en évidence une corrélation positive entre le suicide et divers facteurs de désorganisation sociale, notamment l'instabilité, la criminalité et la mobilité sociale (Sakinofsky et Roberts, 1985b). La relation entre l'isolement social et le comportement suicidaire a été étudiée par le biais d'une comparaison des caractéristiques sociales à l'intérieur de groupes de suicidés, de suicidants et de victimes de mort naturelle. Le comportement social du groupe de suicidés différait énormément de celui des autres groupes; les premiers ayant eu une vie sociale moins structurée et ayant, dans bien des cas, été privés d'amis. On a constaté que l'aliénation progressive, qui débute par des problèmes de relations interpersonnelles pour atteindre un état d'isolement total caractérisait tous les suicidaires comparativement aux victimes de mort naturelle (Maris 1981).

(iv) Appartenance ethnique

Dans la première étude portant sur l'appartenance ethnique comme facteur social prédisposant l'individu au comportement suicidaire, les taux de suicide d'immigrants américains de divers groupes ethniques ont été comparés aux taux observés dans leur pays d'origine. De façon générale, on a noté que le taux de suicide d'un groupe ethnique donné était comparable à celui qui était enregistré dans son pays d'origine, plutôt qu'à celui de l'ensemble de la population américaine. En d'autres termes, les immigrants originaires de pays où le taux de suicide était élevé continuaient de montrer une prédisposition au suicide bien des années après que l'on aurait pu s'attendre à ce qu'ils adhèrent aux valeurs de leur pays d'adoption (Sainsbury et Barraclough, 1968). Peters et Termansen expliquent ce phénomène de la manière suivante :

> Ce que l'on pourrait appeler le "facteur suicidogène", autrement dit la relative probabilité qu'une personne se suicide un jour ou l'autre, pourrait être une caractéristique acquise que l'immigrant emporte avec lui dans son pays d'adoption, tel un virus lent qui ne se manifeste que des années plus tard (Peters et Termansen, 1982) (traduction).

Au Canada, l'existence d'un lien éventuel entre l'appartenance ethnique et le comportement suicidaire a été mise en évidence par la comparaison des taux provinciaux de suicide et l'immigration, surtout en ce qui concerne les femmes d'origine européenne dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français (Sakinofsky et Roberts, 1985a). En outre, le taux élevé de suicide chez les Amérindiens au Canada, qui est de deux à trois fois supérieur à celui qui s'applique à l'ensemble de la population, montre que l'appartenance ethnique intervient pour beaucoup dans le comportement suicidaire (Voir partie III, C, 3). Malheureusement, les statistiques canadiennes concernant la mortalité ne tiennent aucunement compte de l'appartenance ethnique.

3. Facteurs médico-psychiatriques

Nombreux sont les théoriciens qui soutiennent qu'un processus physique sous-jacent, soumis à l'influence du milieu, est sans doute le principal déterminant du comportement suicidaire. Les défenseurs de ce point de vue attribuent un rôle important aux facteurs suivants : les troubles somatiques, les troubles mentaux, l'alcoolisme et les toxicomanies, le stress et certains états biologiques.

(i) Les troubles somatiques

La corrélation entre les troubles somatiques et le suicide revêt, selon certains auteurs, une importance capitale. Voici les problèmes qui seraient parmi les plus courants, d'après une étude :

> . . . une incidence accrue de troubles psychosomatiques; une intervention chirurgicale majeure avant le geste fatal; un état dépressif rattaché à une douleur chronique et à l'altération de l'image et du fonctionnement corporels; la crainte de la mort et de la souffrance; la crainte du cancer et la perception que l'on a de l'agonie, l'appréhension d'une douleur impossible à apaiser; l'incapacité accompagnant la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Parkinson et les accidents vasculaires cérébraux. (Dorpat et coll., 1968) (traduction).

Adam décrit le lien entre la maladie physique et le suicide :

> Toute maladie chronique qui prive l'individu de son aspiration à mener une vie pleine, ou une crainte hypocondriaque de la maladie, qui représente la perte de cette plénitude, sont deux facteurs suicidogènes importants, surtout chez les personnes âgées (Adam, 1983b).

Il suffit de parcourir la documentation traitant du suicide dans la population âgée pour voir à quel point les troubles somatiques contribuent au taux élevé de suicide chez les personnes âgées : de 35 à 85 p. 100 des suicidés de ce groupe d'âge souffraient d'un trouble somatique (Shulman, 1978).

Certaines études ont mis en lumière un rapport entre la maladie physique et le comportement suicidaire dans d'autres groupes à haut risque, notamment, les jeunes et les Amérindiens. En ce qui concerne les jeunes,

il a été établi que 10 p. 100 des suicidés de l'Alberta qui étaient âgés de 15 à 29 ans souffraient d'un trouble somatique chronique (Boldt et Solomon, 1977) tandis que 51 p. 100 des adolescents suicidants avaient des problèmes de santé (Garfinkel et coll., 1979). Une étude sur le comportement suicidaire chez les Amérindiens a mis en évidence le fait que dans un groupe de suicidés et de suicidants autochtones de la Colombie-Britannique, 25 p. 100 souffraient d'un trouble somatique grave (Termansen et Peters, 1979).

Enfin, il importe de souligner que la maladie physique entraîne des effets secondaires, surtout dans le cas des affections douloureuses ou chroniques. À cet égard, on doit évoquer le problème de l'usage abusif de médicaments comme moyen de composer avec une maladie chronique, ce qui peut à la longue engendrer une dépression plus grave et, partant, un risque suicidaire accru.

(ii) Les troubles mentaux

Les études ont montré que la fréquence des affections psychiques chez les suicidés varie énormément d'un pays à l'autre. Selon les calculs de l'Organisation mondiale de la Santé, la plage se situe entre 20 et 94 p. 100 (OMS, 1968). La fréquence signalée des troubles mentaux chez les suicidés véritables varie de 50 à 90 p. 100 en Amérique du Nord (Adam, 1983b).

La théorie voulant que les troubles mentaux représentent un facteur suicidogène important est fortement étayée dans des études exhaustives réalisées par Maris. À la lumière de ses constatations, Maris (1981) tire la conclusion suivante : "Les sujets qui commettent un geste suicidaire, qu'il soit fatal ou non, sont plus susceptibles d'avoir été atteints d'une affection psychique grave que ceux qui succombent à une mort naturelle".

Il ressort d'une comparaison entre les suicidés, les suicidants et les victimes de mort naturelle que la fréquence d'affections psychiatriques est plus élevée parmi les suicidés et les suicidants et que la fréquence de troubles mentaux avant l'acte suicidaire était supérieure à 50 p. 100, par rapport à 15 p. 100 chez les victimes de mort naturelle. De surcroît, on a observé plus de cas d'hospitalisation rattachés à des affections psychiatriques parmi les suicidants (50 p. 100) et chez les suicidés (40 p. 100), que chez les victimes de mort naturelle (3 p. 100) (Maris, 1981).

On a observé que certains troubles mentaux étaient fréquents chez les suicidés, notamment la névrose, l'alcoolisme, la schizophrénie, les troubles affectifs graves et les troubles d'adaptation. Il est toutefois intéressant de noter que seuls 4 p. 100 des suicidés avaient des antécédents de dépression psychotique. La névrose (par exemple, les états anxieux et la dépression réactionnelle), le trouble mental le plus courant, serait deux fois plus fréquente chez les suicidés que chez les suicidants, et quatre fois plus élevée que chez les victimes de mort naturelle. Parmi les malades mentaux, c'est dans le groupe des dépressifs que l'on a observé le taux le plus élevé de suicide, alors que c'est chez les schizophrènes que la prévalence absolue de suicide était la plus forte.

Une étude sur la dépression vécue par cette catégorie de gens a montré que les suicidés étaient plus déprimés dans les deux mois qui ont précédé leur décès que les victimes de mort naturelle, mais moins déprimés que les suicidants. De façon générale, on n'a pas noté de différence marquée dans le niveau de dépression entre les suicidés et les malades mentaux. Au nombre des facteurs dont fait état l'Inventaire de dépression de Beck qui distinguaient les suicidés ou les suicidants des victimes de mort naturelle, figurent : le désespoir, l'insatisfaction, le désir de mourir et la perte d'intérêt pour les autres gens. Les troubles du sommeil et la préoccupation à l'égard de la santé physique sont deux facteurs qui différencient les suicidés de tous les autres groupes. L'âge et le sexe n'avaient pas un effet de différenciation important sur les scores de dépression des suicidés et des suicidants (voir également la partie III, C.1.).

(iii) L'usage abusif de l'alcool et des drogues

Plus de 1000 des 3358 cas déclarés de suicide au Canada en 1980 seraient rattachés à l'usage de l'alcool (Groupe de travail sur les statistiques liées à l'alcool, 1984). Le lien entre le comportement suicidaire et l'abus de l'alcool et des drogues, surtout de l'alcool, est également bien étayé dans la littérature américaine (Murphy et Robins, 1967; Wekstein, 1979; Solomon et Arnon, 1979).

D'après les études réalisées aux États-Unis, le taux d'alcoolisme se situerait entre 8 et 12 p. 100 chez les suicidés et les suicidants, ce qui correspond à peu près au double de celui de la population générale (6 p. 100) (Maris, 1981). Les conditions que l'on retrouve souvent chez les personnes âgées qui se suicident, à savoir l'isolement et les états dépressifs graves, seraient fortement rattachées à la dépendance à l'égard de l'alcool. Les personnes âgées qui sont à la fois profondément déprimées et isolées sont plus susceptibles de devenir alcooliques que celles qui sont légèrement déprimées mais isolées. Maris explique ainsi ce phénomène :

> Les suicidés âgés buvaient davantage s'ils étaient à la fois déprimés et isolés; par contre, s'ils n'étaient que légèrement déprimés mais vivaient quand même dans l'isolement, leur consommation d'alcool était relativement faible. C'est dire que la dépression semble être le facteur critique. Nous avons remarqué par ailleurs que la plupart des alcooliques sont portés à éprouver des problèmes interpersonnels et que le concept de "l'interaction négative" est un meilleur facteur de prédiction de l'alcoolisme suicidaire que ne l'est le simple isolement (Maris, 1981) (traduction).

Néanmoins, on a observé un taux supérieur d'abus des drogues parmi les suicidants que chez les suicidés. Suicidés et suicidants consommaient plus souvent des sédatifs et des tranquillisants de façon quotidienne que les victimes de mort naturelle. L'absorption de doses excessives de drogue était beaucoup plus courante chez les suicidants que chez les suicidés, surtout dans le cas des barbituriques, des sédatifs non barbituriques et des dérivés de la phénothiazine. On a noté une différence générale selon le sexe, l'abus des drogues et la consommation concomitante de drogues et d'alcool étant plus fréquente chez la femme que chez l'homme (Maris, 1981).

On a aussi laissé entendre que l'alcoolisme intervient pour beaucoup dans bon nombre de suicides sub-intentionnels tels que la cirrhose du foie et les décès liés indirectement à l'alcool, notamment les accidents de la route, les incendies, les chutes et les noyades (Farberow, 1980).

(iv) Le stress

Dans son célèbre ouvrage "Le stress de la vie", Hans Selyé a nettement établi l'existence d'un lien étroit entre les facteurs de stress liés au milieu et les changements d'ordre physiologique (hormonaux, biochimiques, structuraux) et psychologique (émotionnels et cognitifs) entraînés par l'adaptation chez l'individu (Selyé, 1956). La recherche a souvent fait état de la prévalence de "stress chronique" – surtout une perte survenue tôt dans la vie et ressentie profondément – chez les sujets suicidaires (Cochrane et Robertson, 1975; Adam et coll., 1978; Goldney et Burvill, 1980; Brown, 1980).

On a observé que des événements générateurs de stress étaient quatre fois plus fréquents chez les suicidants que dans un groupe de sujets présentant par ailleurs des caractéristiques analogues, et qu'ils étaient également plus fréquents que chez les dépressifs, les schizophrènes et malades ne souffrant pas d'affections psychiatriques, et ne manifestant pas de comportement suicidaire. Lorsqu'on les compare à d'autres malades mentaux et à des sujets souffrant d'affections somatiques, sur le plan de la nature des événements générateurs de stress, on constate que les suicidants ont indiqué plus souvent que les événements qui étaient menaçants, indésirables et qui échappaient à leur contrôle étaient perçus comme étant particulièrement stressants (Paykel et coll., 1974).

À la lumière d'une analyse détaillée des antécédents des suicidés de sexe masculin et de race blanche, Maris émet l'hypothèse que comparativement aux personnes qui succombent à une mort naturelle, les sujets qui attentent à leurs jours connaissent davantage de difficultés de développement et souffrent davantage de l'absence de réseaux de soutien nécessaires, par exemple une carrière satisfaisante et une vie amoureuse. Il conclut que

dans le cas des suicidés, "les structures de la vie ont tendance à se défaire au point de s'écrouler." (Maris, 1981).

L'idée d'une relation directe entre l'accumulation de stress et le comportement suicidaire chez les enfants a été étayée par les résultats d'un inventaire du stress qui avait pour objet de mesurer le niveau de stress éprouvé par les enfants âgés de 5 à 14 ans aux différents stades de leur développement. La comparaison fait apparaître que le niveau de stress vécu par les enfants suicidaires a davantage tendance à augmenter progressivement au cours de leur enfance, pour atteindre un point culminant avant leur admission à l'hôpital, comparativement aux enfants déprimés ou à d'autres enfants souffrant de troubles mentaux. Cela peut tenir au fait que les enfants suicidaires connaissent plus souvent la perte temporaire ou permanente d'un parent ou d'un grand-parent par suite d'une maladie, d'un décès ou du divorce, du remariage du père ou de la mère ou des deux, ou d'autres événements traumatisants sur le plan psychologique (Cohen-Sandler et coll., 1982).

(v) Les déterminants biologiques

Les enquêtes sur les changements physiologiques qui expliquent qu'un individu est plus ou moins prédisposé au suicide ont porté essentiellement sur les facteurs suivants : les variations saisonnières; le cycle menstruel et la grossesse et la neurochimie, la biochimie et la génétique.

a) Les variations saisonnières

C'est Durkheim qui a le premier étudié l'influence des variations saisonnières sur le taux de suicide, et qui a noté que celui-ci était plus élevé en été, et ensuite au printemps, en automne et en hiver (Durkheim, 1897-1951). Par la suite, d'autres études ont également fait ressortir des variations saisonnières dans les taux de suicide, et ont montré que le taux était le plus élevé au printemps et au début de l'été (Pokorny, 1968; Dublin, 1963). On a observé des variations saisonnières des taux de suicide en Ontario chez les hommes uniquement, le taux étant plus élevé au cours de l'été. On a constaté que cet écart entre les taux de suicide se rapprochait énormément de la variation saisonnière dans les hospitalisations pour psychose dépressive (Eastwood et Peacock, 1976).

b) Le cycle menstruel et la grossesse

Les recherches n'ont pas fourni des preuves concluantes concernant l'influence des changements physiologiques et psychologiques associés au cycle menstruel et à la grossesse sur le comportement suicidaire.

Au terme d'une analyse des déterminants physiochimiques du suicide, Hankoff a conclu à "l'insuffisance de preuves établissant un lien significatif entre le cycle menstruel ou la grossesse et le comportement suicidaire" (Hankoff, 1979). En revanche, les études mettant en évidence un lien entre le cycle menstruel et le suicide ont montré que la majorité des tentatives de suicide se produisent pendant la phase de la menstruation du cycle menstruel et que la plupart des suicides ont lieu au cours de la phase de l'ovulation (Neuringer et Lettierie, 1982). Selon l'explication qui a été donnée à ce phénomène, la vulnérabilité accrue au suicide des femmes souffrant d'instabilité affective peut être directement rattachée aux changements hormonaux et aux attitudes négatives face au cycle menstruel. En effet, les femmes perçoivent souvent la menstruation comme une période de faiblesse, d'impuissance, de vulnérabilité et de passivité. On a également mis de l'avant un lien entre le cycle menstruel et la tentative de suicide chez les femmes. Plus de 60 p. 100 des femmes qui s'automutilaient en se tailladant le faisaient pendant les menstrues, et ont fait état d'une réaction généralement négative à l'égard de la période menstruelle – "se sentant malheureuses, dégoûtées ou effrayées" (Simpson, 1976).

En ce qui concerne le lien entre la grossesse et le comportement suicidaire, Neuringer et Lettieri affirment que :

> Le comportement suicidaire est rare chez les femmes enceintes se situant entre 2 et 5 p. 100 – ce qui est inférieur à la fréquence du suicide dans l'ensemble de la population; cette proportion valant aussi bien pour les tentatives de suicide que pour les suicides consommés (Neuringer et Lettieri, 1982) (traduction).

Selon eux, ce faible taux peut être attribué à certains changements hormonaux et à l'état psychologique propre à la grossesse. En période de détresse, les femmes peuvent percevoir la grossesse comme une solution à leurs problèmes, alors que d'autres, malgré le degré de stress, hésitent à détruire la vie du foetus.

c) Les déterminants neurochimiques, biochimiques et génétiques

Les conclusions de recherche sur les déterminants neurochimiques, biochimiques et génétiques du suicide ont fait l'objet d'énormément de critiques (Hankoff, 1979; Struve, 1979; Lester, 1983; Brown, 1983). Hankoff (1979) soutient que "l'hétérogénéité de la population de suicidants" et "le recoupement entre le suicide et la maladie dépressive" font qu'il est difficile de trouver des rapports significatifs et reproductibles entre le suicide et les divers facteurs neurochimiques, pharmacologiques, électro-encéphalographiques et génétiques dont on a étudié l'influence éventuelle sur le suicide. Struve (1979) abonde dans son sens, affirmant que "l'intégration de ces résultats épars à un modèle théoriquement valable et cliniquement utile ne semble pas réaliste dans l'état actuel des choses".

Au nombre des facteurs qui expliqueraient l'absence de fiabilité de la recherche dans ce domaine, on pourrait citer : les limites des stratégies de recherche, la dispersion et le manque de fiabilité des conclusions de recherche et le caractère unique et non reproductible des études en biochimie, en électro-encéphalographie, en physiologie, en neurochimie (par exemple sur le poids du cerveau, les rythmes circadiens, les concentrations de lithium, les automatismes engendrés par les médicaments, l'organicité, le cholestérol adrénal, la xanthine, la monamine-oxydase et l'hydroxy-17 corticostéroïde). À la lumière d'une enquête sur les conclusions de recherche récentes, Lester conclut ce qui suit :

> Malgré une somme considérable de recherches sur les facteurs physiologiques qui influent sur le comportement suicidaire, on se retrouve soit avec des résultats d'études uniques, non reproduites, soit avec des incohérences entre les études portant sur le même sujet, réalisées dans certains cas par le même chercheur. Il est à ce jour impossible de dégager des résultats fiables à partir des recherches que nous avons passées en revue (Lester, 1983) (traduction).

Hankoff se montre lui aussi critique à l'égard de deux domaines de recherche populaires, à savoir l'étude du non-freinage par la dexaméthasone (Carrol et coll., 1981; Argen, 1983) et l'acide hydroxy-5 indole-acétique (5HIAA) (Asberg et coll., 1976; Argen, 1983). Il soutient que, si les constatations faites dans ces domaines définissent les axes d'autres recherches à entreprendre :

> . . . les caractéristiques biochimiques dont il a été prouvé qu'elles distinguent les sujets souffrant de troubles affectifs primaires de l'ensemble de la population sont une source de confusion. Ainsi, les sujets suicidaires issus du groupe de patients souffrant de dépression présenteront probablement les mêmes caractéristiques biologiques que le reste du groupe. En ce qui concerne les méthodes de recherche, il y a lieu de montrer que les constatations propres au groupe de suicidaires sont différentes de celles qui s'appliquent à l'état dépressif coexistant (Hankoff, 1979) (traduction).

Bien que les résultats des études réalisées à ce jour soient dans l'ensemble négatifs, un nombre important de chercheurs au Canada restent convaincus que les études traitant de l'influence des facteurs neurochimiques, biochimiques et génétiques sur le suicide permettront un jour de faire des découvertes d'intérêt vital. Ce genre de confiance ne semble pas déplacé dans le cas de la recherche sur la schizophrénie et les troubles affectifs, de sorte que, si l'on extrapole, il serait extrêmement naïf de rejeter des recherches du même ordre faites dans le domaine du suicide pour la simple raison que les réponses à nos interrogations ne sont pas encore à notre portée.

En résumé, lorsqu'il s'agit de faire des prédictions relativement aux facteurs de ris-

que, qu'ils soient d'ordre social ou médico-psychiatrique, Brown nous met en garde contre les erreurs possibles :

> Lorsque des facteurs de risque peu ou moyennement spécifiques tels que l'âge, le sexe, les antécédents de tentatives de suicide et le veuvage, sont appliqués à un événement dont le taux de base est faible, par exemple le suicide, on obtiendra un nombre très élevé de "faux positifs". À titre d'exemple : si l'on utilise strictement le trouble bipolaire dépressif comme facteur de prédiction du risque pendant toute la vie et de prévention du suicide, on obtiendra six faux positifs pour chaque vrai positif. Bien entendu, cela ne revient pas à dire que les facteurs de risque n'ont aucune valeur, mais seulement qu'ils doivent être utilisés avec circonspection (Brown, 1983) (traduction).

4. La psychodynamique

Bien que bon nombre des théories de la psychodynamique utilisées dans les différentes études demeurent spéculatives, les concepts de base peuvent contribuer à une meilleure compréhension et à une meilleure prise en charge des déprimés et des suicidaires. L'approche psychodynamique atteste que la multiplicité des attitudes observées dans la société face au sens de la mort explique la toute aussi grande diversité des motifs sous-jacents au suicide.

(i) La psychanalyse

La perception psychanalytique de la mélancolie a été appliquée à la dépression suicidaire, considérée comme un exemple de mélancolie. Le deuil ou la perte d'un être cher est perçu comme une cause déclenchante de la mélancolie. Dans le cas de la dépression suicidaire, l'individu dirigerait vers lui-même la rage éprouvée contre l'être aimé disparu, d'où la haine de soi, caractéristique commune de la dépression.

Selon la perception psychanalytique de la dépression suicidaire, voici les motifs qui pourraient sous-tendre le comportement suicidaire :

a) la réparation ou l'expiration d'une faute dont on se sent coupable;
b) l'auto-punition;
c) l'idée d'un au-delà dans lequel les imperfections de cette vie seraient compensées;
   - la renaissance;
   - l'agression (par exemple le dépit, la vengeance, la punition, l'abandon en guise de représailles);
   - le contrôle ou "la maîtrise omnipotente" (par exemple, dans un état d'aliénation ou de désespoir, le suicide est considéré comme le moyen ultime d'exercer son libre arbitre);
d) la manipulation (par exemple, le jeu, la coercition, l'imploration, l'appel à l'aide);
e) une façon d'échapper à une situation, une douleur ou un état de panique intolérable, et
f) l'incapacité de concevoir des solutions de rechange à la mort.

D'un point de vue psychanalytique, les motifs qui sont à l'origine de la tentative de suicide diffèrent quelque peu des motifs de la conduite suicidaire :

a) un désir d'être secouru, manifesté par le désir que quelqu'un intervienne et empêche de commettre l'acte, pour obtenir l'assurance que quelqu'un s'intéresse à son sort;
b) un désir de prendre des risques, d'utiliser les conséquences de l'acte suicidaire pour mettre à l'épreuve les sentiments des autres à son égard et l'intérêt que l'on présente aux yeux d'autrui; ou un désir d'affirmer son emprise sur les événements, et
c) un désir de vivre et un désir de mourir – caractérisés par l'ambivalence et l'ambiguïté à l'égard de l'acte.

De l'avis de plusieurs spécialistes du domaine, le suicide est la conséquence d'une longue série d'événements psychiques. Voici ce que dit Dublin à ce sujet :

> En dernière analyse, la pulsion suicidaire est intrinsèque à l'individu plutôt qu'extrinsèque. Le suicide est le dernier acte d'un individu à ses propres besoins, désirs et circonstances. Des événements extérieurs peuvent précipiter ce geste, et dans certains cas tel le suicide collectif face à la persécution, peuvent le dicter. D'innombrables personnes confrontées à ce qui semble être les mêmes provocations ne commettent pas le suicide. Les pulsions primaires qui conduisent au suicide sont profondément enfouies dans les tréfonds de la personnalité de l'individu (Dublin, 1963) (traduction).

Les théoriciens qui partagent ce point de vue ont défini plusieurs types de personnalités suicidaires ou groupes de traits de personnalité qui caractérisent "l'individu à risque" (Freud, 1920-1950, 1917-1957; Zilboorg, 1936; Menninger, 1938; Adler, 1958; Kelly, 1961).

Il importe cependant de noter que les théories qui mettent exclusivement l'accent sur la définition de la personnalité suicidaire n'ont pas mieux réussi à cerner le phénomène du suicide que celles qui s'intéressent exclusivement à la sociologie ou à la biologie du suicide.

(ii) L'approche pluridimensionnelle

Certains spécialistes laissent entendre que l'on peut parvenir à expliquer le phénomène du suicide à l'aide d'une approche pluridimensionnelle, qui tient compte de l'interrelation de plusieurs facteurs. L'une des premières démarches dans ce sens consistait à élaborer un modèle fondé sur une équation dans laquelle entraient en jeu une série de facteurs réputés avoir de l'influence sur l'individu. L'équation avait pour objet de prédire la probabilité du suicide.

$$S = f\frac{(P/C,\ DEC,\ DIG,\ TS)}{(\quad Su,\ HFT \quad)}$$

Légende :

S = Probabilité de suicide
P/C = Personnalités blessées dans leur sentiment de compétence
DEC = Revendications quant à l'exercice de la compétence
DIG = Revendications quant à la générosité interpersonnelle
TS = Tolérance à l'égard du suicide
Su = Existence de quelqu'un pouvant porter secours
HFT = Espoir quant à l'avenir de la société (Farber, 1968)

Le modèle pragmatique le plus récent et le plus perfectionné tient compte de l'effet combiné de tous les facteurs personnels, sociaux, biologiques et temporels qui composent la trame d'une existence qui aboutit à une mort par suicide (Maris, 1981).

C. L'IDENTIFICATION DES GROUPES "À HAUT RISQUE"

Le groupe de travail a identifié au sein de la population canadienne certains groupes qui sont considérés comme fortement exposés au suicide : il s'agit notamment des personnes souffrant de troubles mentaux, des alcooliques, des jeunes, des personnes âgées, des autochtones, des détenus et des personnes qui ont perdu un être cher. Il est à noter que ces groupes sont influencés – ou caractérisés – par les facteurs décrits au chapitre précédent. Nous traiterons dans les pages qui suivent des recherches et des théories concernant le risque accru de suicide au sein de ces groupes.

1. Troubles mentaux

(i) Troubles mentaux, alcoolisme et suicide

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre sur l'étiologie, des recherches révèlent qu'entre 50 et 90 p. 100 des suicidés en Amérique du Nord souffraient, au moment de leur décès, d'une forme quelconque de trouble mental caractérisé (Adam, 1983). Il convient de noter qu'il n'existe aucune étude canadienne sur la question et qu'il est possible d'extrapoler les résultats des études effectuées en Grande-Bretagne et aux États-Unis afin de les appliquer au contexte canadien.

On a eu recours à diverses méthodes d'enquête pour déterminer l'importance de la relation entre les troubles mentaux et le suicide. Ces méthodes sont bien décrites dans l'ouvrage de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1968). En général, les résultats de ces enquêtes révèlent que le suicide est plus fréquent chez les individus atteints de troubles mentaux, définis comme tels parce qu'ils reçoivent des services psychiatriques. Des études portant sur des malades hospitalisés et des malades qui ont obtenu leur congé font état de taux de suicide variant entre 18 et 100 pour 100 000 dans le premier cas et entre 50 et 500 pour 100 000 dans le second cas; taux qui dépassent de beaucoup celui observé dans l'ensemble de la population.

La fréquence des troubles mentaux chez les personnes qui, d'après les dossiers des coroners, se sont suicidées varie selon certains rapports entre 20 et 100 p. 100. S'appuyant sur les statistiques publiées concernant les groupes atteints de troubles mentaux particuliers, des chercheurs ont également tenté d'estimer la probabilité de suicide chez les individus atteints de certaines maladies mentales caractérisées; ces estimations ont été ensuite complétées par des études de contrôle interculturelles. Ils ont par exemple estimé que le risque de suicide chez les maniaco-dépressifs était de 15 p.100.

Résultats de recherche

Dans une étude rétrospective et prospective effectuée aux États-Unis et portant sur une période de 30 à 40 ans, on a comparé le taux de suicide parmi les groupes de malades psychiatriques hospitalisés entre 1934 et 1944 avec celui observé dans un groupe de patients ayant subi une intervention chirurgicale; l'étude, baptisée Iowa 500, a mis en évidence un taux élevé de suicide chez les malades psychiatriques. On ne relevait en fait des cas de suicide que dans ce dernier groupe. Il n'existait en outre aucune différence marquée entre les groupes de schizophrènes, de dépressifs ou de maniaques (Winokur et Tsuang, 1975) (tableau 7). Ces résultats vont à l'encontre des conclusions des études antérieures, qui faisaient état de taux de suicide significativement plus élevés chez les personnes souffrant de troubles affectifs que chez les schizophrènes. Le fait que tous les troubles psychiatriques soient maintenant traités dans les consultations externes et que les hospitalisations soient brèves peut expliquer, au moins en partie, l'absence de différences. Dans le passé, les malades atteints de troubles affectifs recevaient plus souvent un traitement ambulatoire que les schizophrènes. Comme on le verra plus loin, le risque de suicide est jugé plus élevé chez les consultants externes que chez les malades hospitalisés.

Si l'on aborde le problème d'un autre angle, on constate que les études sur la prévalence de troubles mentaux chez les suicidés font ressortir une relation étroite entre ces deux phénomènes. En Grande-Bretagne, des chercheurs ont effectué des autopsies psychologiques à partir d'entrevues auprès des parents des victimes et de leur médecin; ils ont constaté que dans 93 p. 100 des cas, un trouble mental majeur avait été diagnostiqué par un médecin au cours de l'année précédant le suicide et que 48 p. 100 des sujets avaient consulté un médecin dans la semaine qui avait précédé leur mort. Des psychotropes avaient été prescrits à 82 p. 100 des sujets. Dans l'ensemble, l'étude a montré que la majorité des suicidés souffraient de maladie mentale avant leur mort; la dépression était le trouble le plus fréquemment diagnostiqué (70 p. 100), l'alcoolisme venant au second rang. Le fait que 66 p. 100 des alcooliques présentaient également des signes cliniques de dépression fait ressortir la fréquence de la dépression chez les alcooliques et indique que la coexistence de ces deux affections accroît le risque de suicide au sein de cette population (Barraclough et coll., 1974).

Il semblerait que la dépression soit le principal facteur causal, l'alcool étant un facteur concomitant ou jouant un rôle distinct et secondaire. Sainsbury résume ainsi l'effet de ces facteurs :

> . . . les personnes dépressives qui se suicident ne sont pas atypiques sur le plan des symptômes, du patrimoine génétique ou des antécédents thérapeutiques, mais diffèrent des dépressifs non suicidaires en ce qu'elles ont tenté plus souvent de se suicider et ont été plus longtemps malades avant de mettre fin à leurs jours. Le risque de suicide augmente directement avec l'âge, tant chez les maniaco-dépressifs que chez les alcooliques; l'isolement social est un trait caractéristique des dépressifs alors que le divorce et le veuvage, le chômage et l'ivresse publique sont fréquents chez les alcooliques (Sainsbury, 1978) (traduction).

Une autre étude britannique a révélé que la moitié des alcooliques qui s'étaient suicidés présentaient des signes cliniques de dépression et qu'ils ne différaient pas des suicidés dépressifs sur le plan du traitement, des facteurs génétiques et du nombre de tentatives de suicide. Ces résultats montrent que bien que la dépression en elle-même puisse mener au suicide, certaines personnes, en particulier les hommes, tentent en cours de route de noyer leurs problèmes dans l'alcool (Moss et Bereiford-Davies, 1967).

Plusieurs études ont fait état d'un taux élevé de dépression caractérisée chez les jeunes suicidaires de 5 à 14 ans (Garfinkel et coll., 1979; Shaffer, 1974; Cohen-Sandler et coll., 1982). Il a été établi que 65 p. 100 des enfants suicidaires présentaient un syndrome dépressif qui se caractérisait par une agressivité "dirigée tant contre soi que contre autrui" (Cohen-Sander et coll., 1982). D'autres troubles mentaux, telles la toxicomanie et la schizophrénie, ont aussi été associés à un risque élevé de suicide chez les jeunes, en particulier chez ceux qui ont tendance à être impulsifs (Sainsbury et Barraclough, 1968). Dans une étude effectuée à Toronto sur des

Tableau 7 Incidence du suicide chez les malades mentaux et des sujets témoins

Diagnostic	n	(%) suicides	Suicide en tant que pourcentage de tous les décès
Schizophrénie	170	4,1	10,1
Manie	76	5,3	8,5
Dépression	182	7,7	10,6
Sujets témoins	s/o	0	0

Source : Winokur, G. et Tsuang, E. The Iowa 500 : Suicide in mania, depression and schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1975, 132, 650-651.

suicides survenus chez des anciens psychiatrisés, on a noté une surreprésentation des jeunes schizophrènes et des troubles de la personnalité parmi les victimes de morts impulsives et violentes, type de décès qui est peu fréquent chez les dépressifs (Eastwood et Peacock, 1976).

À l'autre extrémité de la pyramide des âges, des études sur le suicide chez les personnes âgées ont mis en évidence des taux moyens de dépression clinique atteignant 90 p. 100 (Sakinofsky, 1976a; Shulman, 1978). Voici ce que dit Adam à propos de ce groupe :

> Les atteintes cérébrales organiques sont fréquentes chez les personnes âgées. Sentant leurs facultés intellectuelles décliner, elles sombrent alors dans une profonde dépression. L'atteinte du fonctionnement intellectuel et cognitif peut de plus entraver les processus normaux de maîtrise du comportement (Adam, 1983b) (traduction).

On a également laissé entendre qu'outre les personnalités impulsives, les personnalités cyclothymiques et dysthymiques peuvent être prédisposées au suicide (Sainsbury et Barraclough, 1968). Il convient de noter cependant que l'étude du suicide au moyen de l'autopsie psychologique et du oui-dire ne permet pas de cerner avec exactitude les traits de personnalité particuliers aux suicidés. Cette tâche est beaucoup plus facile dans le cas des sujets qui ont tenté de se suicider.

(ii) Tentative de suicide et troubles mentaux

Les résultats des études sur la fréquence des troubles mentaux chez les suicidants ou les personnes qui ont tenté de se suicider sont contradictoires. Certaines études ont fait état d'un taux élevé de troubles mentaux chez ces sujets. Une étude comparative de groupes de suicidants, de suicidés et d'individus victimes de mort naturelle ont fait ressortir que seulement 14 p. 100 des suicidants ne souffraient pas de troubles mentaux, comparativement à 21 p. 100 des suicidés et 75 p. 100 des victimes de mort naturelle. Parmi les troubles mentaux les plus fréquemment observés chez les suicidants figurent la névrose, les troubles de la personnalité, l'alcoolisme et un état réactionnel transitoire. On relevait également dans ce groupe des épisodes plus nombreux d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique. Les résultats obtenus à partir de l'Inventaire de dépression de Beck montrent que les suicidants avaient des scores beaucoup plus élevés que les deux autres groupes pour certains traits comme la tristesse, l'échec, la culpabilité, le sentiment de mériter une punition, le dégoût de soi, l'auto-accusation, l'irritabilité, la difficulté de prendre des décisions, des crises de larmes fréquentes et l'impression d'être antipathique (Maris, 1981).

D'autres chercheurs ont toutefois relevé un faible taux de troubles mentaux caractérisés d'à peine 25 p. 100 chez les suicidants (Kessel, 1965).

La majorité des recherches sur le comportement suicidaire ont porté principalement sur les traits caractériels des suicidaires et l'influence de troubles précis de la personnalité sur la conduite suicidaire. L'étude des traits de personnalité des suicidants offre la seule chance véritable d'élaborer un profil psychologique du suicidaire, qui peut ensuite permettre de repérer les individus à haut risque. Les recherches effectuées jusqu'à maintenant n'ont cependant pas permis d'établir un profil unique général qui puisse dépeindre exactement la personnalité du suicidant (Philip, 1970a). Certaines caractéristiques sembleraient néanmoins plus fréquentes chez les malades qui ont attenté à leurs jours que chez d'autres malades mentaux ou individus normaux, notamment : anxiété, introversion, hostilité, inconscience, déficience intellectuelle, impulsivité et névrose (Philip, 1970b; Vinoda, 1966; Eastwood et coll., 1972). Philip signale que :

> Dans un groupe de sujets caractérisés par leur impulsivité, leur imprévisibilité et leur manque de maturité affective, ceux qui ont déjà tenté de se suicider se distinguent comme étant les plus impulsifs, imprévisibles et immatures (Philip, 1970b) (traduction).

On peut conclure qu'en dépit de certains résultats contradictoires, la prévalence de troubles mentaux semble être plus élevée parmi les suicidants que chez les autres malades mentaux non suicidaires ou les individus normaux (Maris, 1981).

(iii) Alcoolisme

En 1980, 17 974 décès au Canada étaient associés à l'alcool : 2854 d'entre eux résultaient d'une chute, d'un incendie, d'une noyade, d'un homicide ou d'un suicide; 2700 étaient dus à des accidents de la route et 2110 à une cirrhose éthylique, à un syndrome de dépendance alcoolique, à un abus d'alcool sans dépendance, à une psychose alcoolique ou à une intoxication accidentelle par l'alcool. Le fait qu'on hésite à classer certains décès comme des suicides et le manque d'uniformité dans l'établissement des actes de décès peuvent, selon certains, masquer une proportion même plus élevée de suicides associés à l'alcool (figure 18).

Les résultats de recherche dont la validité est maintenant largement acceptée, qui établissent un lien entre l'alcoolisme et les morts violentes, notamment les accidents (de Lint et Levinson, 1975; Pearson, 1957; Schmidt et de Lint, 1970), les homicides (Goodwin, 1973; El-Guebaly et Lee, 1977) et le suicide (Robins, 1981; Dorpat et coll., 1968; Barraclough et coll., 1974), ont conduit à la formulation d'hypothèses concernant la dynamique du suicide et de l'homicide associés à l'alcool. D'une part, on estime que l'alcool réduit les inhibitions normales pour faire place à une agressivité destructrice, et dans les situations de stress, altère le jugement au point où le sujet ne voit pas d'autres issues que le comportement destructeur. D'autre part, l'alcool est également utilisé par les individus pour "se donner le courage nécessaire" pour passer à l'acte, c'est-à-dire mener à bien leur projet de suicide ou d'homicide. L'alcoolisme chronique est également considéré comme un comportement autodestructeur et souvent comme une forme de suicide lent ou de "suicide graduel".

Parmi les traits du comportement suicidaire les plus souvent observés figurent un sentiment d'isolement, d'impuissance, le désespoir et la piètre estime de soi. Ces sentiments sont souvent le lot également des alcooliques; il arrive fréquemment qu'ils s'aliènent les personnes qui comptent le plus dans leur vie, qu'ils se sentent pris dans l'engrenage de la dépendance physique sans pouvoir en sortir et après plusieurs échecs thérapeutiques ou de multiples rechutes, ils désespèrent de voir leur situation s'améliorer. Par ailleurs, ils peuvent se taxer eux-mêmes de "perdants", ou estimer avoir peu de valeur et de mérite, et leur entourage peut renforcer cette autocondamnation. L'isolement et la dépression sont également considérés comme des facteurs critiques (Maris, 1981), de même que la perte précoce d'un parent (par exemple Koller et Castanos, 1968). Moss et Bereiford-Davies expliquent la relation entre l'alcoolisme et le suicide :

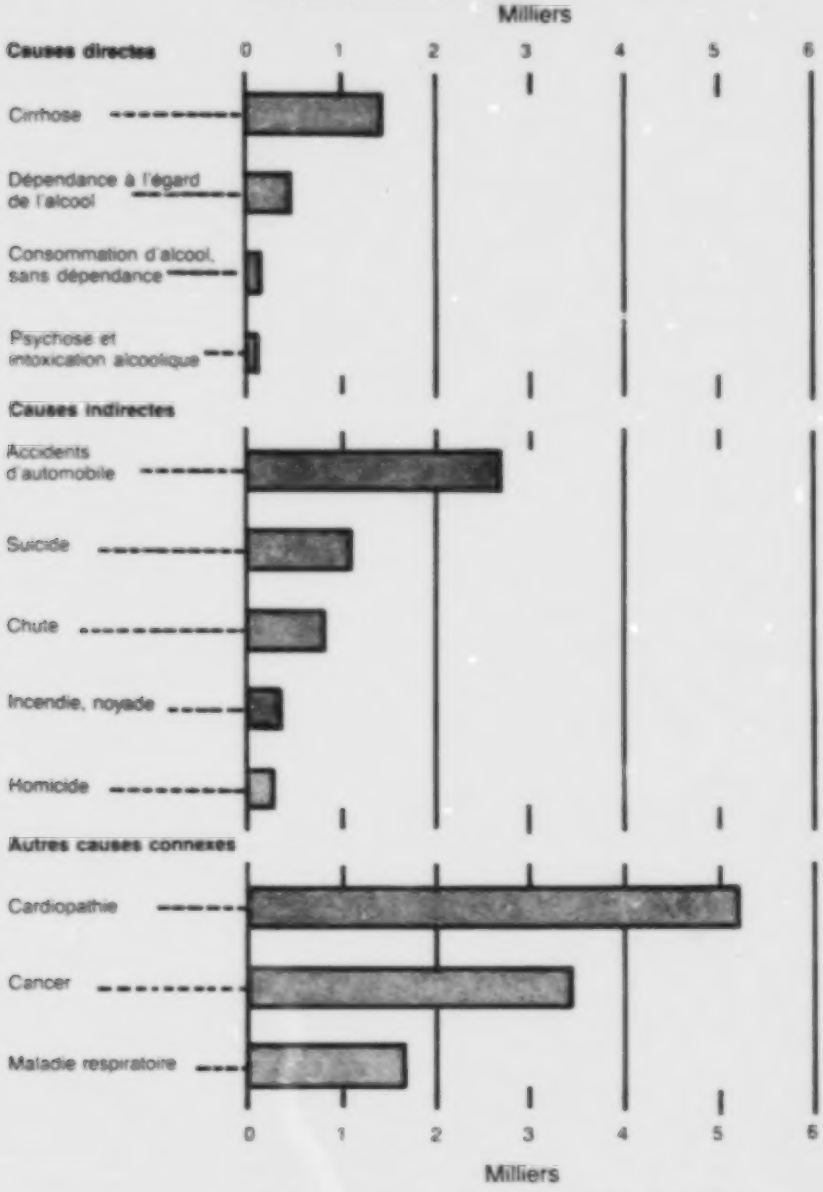
> Les problèmes sociaux et personnels dans la vie des alcooliques suicidaires étaient manifestes : leur taux de divorce était 17 fois plus élevé que le pourcentage prévu et dépassait celui des suicidés non alcooliques; . . . la moitié d'entre eux avaient perdu leur emploi; et le tiers avaient été poursuivis pour ivresse . . . Les problèmes conjugaux et sociaux sont donc l'un des traits communs aux alcooliques qui mettent fin à leurs jours (Moss et Bereiford-Davies, 1967) (traduction).

Il a été établi que l'alcoolisme influait de façon importante sur les taux de suicide chez les hommes et les femmes au Canada (Sakinofsky et Roberts, 1985a). La relation entre l'alcoolisme et le suicide semble plus étroite chez les hommes que chez les femmes (par exemple Koller et Castanos, 1968; Rushing, 1969), et le suicide est plus fréquent chez les alcooliques encore au "premier stade" de la maladie que chez ceux parvenus à des stades plus avancés (Sundby, 1967; Solomon, 1982; Maris, 1981).

Bien que plusieurs études aient exploré la relation entre l'alcoolisme et le suicide, la nature précise de cette relation demeure toutefois sujette à controverse. Il est possible de dégager des publications sur le sujet, trois conceptions antagonistes :

a) l'alcoolisme est une cause de suicide (Rushing, 1969; Tamerin et Mendelson, 1969; Mayfield et Montgomery, 1972; Frankel et coll., 1976; Murphy et coll., 1979)

Figure 18. Estimation des décès liés à la consommation d'alcool, Canada, 1980



Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

b) l'alcoolisme est une forme de suicide (Menninger, 1938; Meerlo, 1968; Rybach, 1971; Morrison et Pendery, 1974; Sexias et coll., 1975; Maris, 1981)

c) l'alcoolisme et le suicide sont les conséquences d'un même facteur étiologique (Chafetz, 1967; Murphy et Robins, 1967; Murphy et coll., 1979; Maris, 1981).

On a adopté deux séries de méthodes pour étudier le rôle de l'alcoolisme dans le comportement suicidaire. Une de ces méthodes consiste à déterminer la fréquence du suicide dans des groupes d'alcooliques. La dernière étude de ce genre montre qu'entre 10 et 40 p. 100 des alcooliques se suicident (Kendell, 1983). Des études antérieures font état de taux de suicide variant entre 7 et 40 p. 100 (Kessel et Grossman, 1961; Schmidt et de Lint, 1972; Goodwin, 1973; Maris, 1981).

La deuxième méthode de recherche consiste à déterminer les habitudes de consommation d'alcool chez les suicidants et les suicidés. On a observé en général une augmentation régulière de la fréquence de l'alcoolisme chez les suicidés, qui atteint maintenant presque les 30 p. 100 (Solomon, 1982). Des études antérieures faisaient état de taux d'alcoolisme de 25 p. 100 et d'un taux variant entre 6 et 47 p. 100 pour la période allant de 1825 à 1964 (Goodwin, 1973).

Certains chercheurs ont avancé que l'alcoolisme était aussi fréquent, et peut-être même plus répandu, chez les suicidants que chez les suicidés (Maris, 1981; Goodwin, 1973; Frankel et coll., 1976; Solomon, 1982). Une étude effectuée à London (Ontario) (Jonhson et coll., 1975) a montré que 44 p. 100 des suicidants déclaraient avoir consommé de l'alcool avant leur tentative de suicide alors que 28 p. 100 disaient avoir bu une grande quantité d'alcool (6 verres ou plus à un certain moment). Fait plus important, 94 p. 100 des buveurs d'habitude avaient consommé de l'alcool avant leur tentative de suicide, par opposition à 33 p. 100 des buveurs occasionnels.

Palola et ses collaborateurs ont tenté de déterminer si les "idées de suicide préexistaient à l'alcoolisme ou vice versa". Ils ont comparé les habitudes de consommation d'alcool et les comportements suicidaires d'un échantillon de clochards alcooliques avec ceux d'un échantillon de membres des Alcooliques Anonymes devenus abstèmes; ils ont constaté que "dans ces deux échantillons d'alcooliques, les velléités de suicide, latentes ou actualisées, précédaient le plus souvent la perte du contrôle de la consommation d'alcool, signe fondamental de l'alcoolisme" (Palola et coll., 1962).

(iv) Conclusion

On reconnaît généralement que les troubles mentaux et l'alcoolisme sont d'importants déterminants du suicide. Le suicide ne peut toutefois être attribué à une seule cause. Bien que les recherches montrent que seule une faible proportion de suicidés ne souffraient pas de troubles mentaux, des rapports font également état d'un pourcentage élevé d'individus atteints de troubles mentaux qui ne se suicident pas. La présence d'un trouble psychiatrique ne devrait donc être considérée que comme un facteur, certes important, parmi tout un réseau de facteurs d'ordre social, psychodynamique, fonctionnel, constitutionnel intimement liés.

2. Facteurs liés à l'âge

(i) Jeunes

Le suicide est responsable d'environ 15 p. 100 de tous les décès à l'intérieur du groupe des 10 à 19 ans (Statistique Canada, 1983). Bien que la majorité des suicidés soit des hommes âgés entre 20 et 24 ans, le nombre de suicides chez les jeunes a augmenté considérablement au cours des 20 dernières années; cette augmentation est attribuable principalement à l'accroissement du nombre de suicides chez les garçons de 15 à 19 ans. Entre 1965 et 1983, le taux de suicide chez les hommes de ce groupe d'âge a quintuplé, alors que chez les femmes, il a augmenté de 2,5 fois.

Les professionnels en santé mentale se sont dit inquiets de cette hausse. Garfinkel observe que le "suicide chez les enfants et les adolescents est un phénomène social et psychologique qui prend manifestement de l'ampleur (Garfinkel et coll., 1979). Certaines données semblent indiquer cependant qu'après cette montée en flèche, le taux de suicide chez les adolescents a atteint un sommet en 1979 (n = 308) et s'est stabilisé par la suite (n = 278 en 1980; n = 293 en 1981, n = 289 en 1983).

Le taux de suicide chez les jeunes de 10 à 14 ans a aussi augmenté considérablement au cours des 20 dernières années, pour atteindre un sommet en 1981 et finalement fléchir en 1983. Le taux de suicide chez les garçons demeure plus élevé que chez les filles. Il importe de noter que bien que les taux de suicide chez les jeunes, en particulier dans le groupe de 15 à 19 ans, aient toujours été plus faibles que dans les autres groupes d'âge jusqu'en 1981, leur augmentation a été proportionnellement la plus élevée au cours des dernières années.

a) Déclaration

S'appuyant sur la prémisse que les taux déclarés pouvaient être trompeurs, les chercheurs ont émis plusieurs hypothèses pour expliquer l'accroissement du nombre de suicides chez les adolescents. Tout d'abord, la croissance rapide de la population de jeunes parvenant à l'adolescence depuis le milieu des années 60 permet de penser que l'accroissement des taux de suicide est beaucoup moins marqué que la hausse du nombre véritable de suicides.

Ensuite, les chercheurs ont observé une progression générale du nombre de suicides déclarés chez les adolescents. On suppose que si de nombreux suicides d'adolescents n'étaient pas déclarés dans le passé, c'était parce qu'on estimait que les adolescents n'étaient pas en mesure de saisir la réalité de la mort et qu'il ne s'agissait donc probablement pas de suicides (Boldt et Solomon, 1977; Peters et Termansen, 1982). Plus récemment, il semble que, par suite des changements dans les attitudes sociales à l'égard du suicide, les "autorités soient plus disposées à considérer les décès ambigus chez les enfants comme des suicides" (Bagley, 1982). Ainsi, l'augmentation apparente du nombre de suicides peut être attribuée à une déclaration plus exacte des faits.

Finalement, l'amélioration des méthodes médico-légales de détection des intentions suicidaires a permis de lever le voile sur un nombre jusque-là non reconnu officiellement de suicides chez les adolescents, ce qui a contribué à l'accroissement du nombre de constats de suicide dans ce groupe d'âge (Elgin, 1983). On suppose pour le moment que l'augmentation du taux de suicide chez les adolescents a été inférieure à la baisse du nombre de suicides non déclarés.

b) Différences liées au sexe

Le taux de suicide chez les hommes de 15 à 19 ans est significativement plus élevé que chez les femmes du même âge, le rapport s'établissait à 6 pour 1. Dans le groupe des 10 à 14 ans, ce rapport n'est pas aussi élevé. Cette différence s'est maintenue au cours des années dans toutes les provinces, elle est particulièrement marquée au Québec, en Ontario et dans les territoires (tableau 8). Pour ce qui est des tentatives de suicide, le rapport serait inversé, selon certaines études, soit de 3 femmes pour 1 homme (Garfinkel et Golombek, 1982; Eastwood, 1981).

Des spécialistes ont cerné plusieurs variables qui semblent indiquer que les hommes connaissent une adolescence plus houleuse que les femmes. Il se peut que les hommes subissent des pressions sociales plus fortes; par exemple, on leur demande plus tôt de faire preuve de force et d'indépendance. De plus, l'attitude négative des professionnels de la santé à l'égard du comportement suicidaire chez les hommes peut dissuader ces derniers d'admettre leurs sentiments d'impuissance, de colère ou de désespoir et les empêcher de demander de l'aide (Syer-Solursh, 1977). Ces facteurs peuvent faire en sorte que l'adolescent hésite à demander ou à accepter de l'aide, ce qui l'oblige à affronter seul ses problèmes jusqu'à ce qu'il ait atteint un stade critique. Cette situation peut aussi l'amener à choisir des méthodes très létales qui garantissent le succès de son entreprise. Dans une étude effectuée en Alberta, on a observé que les hommes, à la différence des femmes, choisissaient des méthodes très létales; la majorité des suicidés de sexe masculin avaient eu recours à une arme à feu

Tableau 8 Comparaison des taux de suicide provinciaux/territoriaux, selon le sexe : 1970 et 1983

		Homme	Femme	Total
Terre-Neuve	1983	10,33	2,09	6,23
	1970	8,70	,80	4,80
Île-du-Prince-Édouard	1983	19,51	6,40	12,90
	1970	21,70	,00	10,90
Nouvelle-Écosse	1983	21,20	3,22	12,10
	1970	16,40	2,60	9,50
Nouveau-Brunswick	1983	24,24	4,21	14,15
	1970	8,30	3,50	5,40
Québec	1983	28,74	8,63	18,52
	1970	13,30	4,60	9,00
Ontario	1983	19,58	6,47	12,92
	1970	16,00	8,20	12,10
Manitoba	1983	26,16	5,65	15,76
	1970	19,80	5,90	12,80
Saskatchewan	1983	24,54	5,25	14,91
	1970	18,20	4,80	11,60
Alberta	1983	25,17	7,91	16,72
	1970	20,00	6,40	13,30
Colombie-Britannique	198[illegible]	22,31	7,32	14,77
	1970	22,20	9,60	16,00
Yukon	1983	59,83	9,43	35,87
	1970	104,70	54,10	81,30
Territoires du Nord-Ouest	1983	70,87	13,10	43,48
	1970	16,90	,00	9,10

Source : Statistique Canada, Section de la statistique de l'état civil et de la santé, Ottawa.

(59,8 p. 100), alors que les femmes utilisaient plus souvent des poisons (41,4 p. 100) (Hellon et Solomon, 1980).

c) Méthodes de suicide

La surreprésentation des méthodes très létales chez les jeunes doit être interprétée avec prudence étant donné que seuls les cas où l'intention suicidaire est évidente sont généralement classés comme des suicides. La pendaison et la strangulation seraient les moyens les plus fréquemment utilisées par les jeunes âgés entre 5 et 14 ans.

> Pour qu'un jeune enfant réussisse à se suicider, il lui faut trois complices : le secret, la solitude et l'occasion favorable. Il doit en outre être en mesure de planifier son acte délibérément et efficacement. Dans bien des cas, un certain degré d'habileté et de coordination est de plus nécessaire pour que le dessein soit mené à bien. Pour se pendre, par exemple, il faut prendre en considération certains problèmes techniques – l'endroit doit être soigneusement choisi et toute découverte précoce prévenue. L'auto-électrocution et la noyade exigent pour leur part une bonne dose de réflexion et de planification. La plupart des gens se demandent si les suicides chez les enfants ne sont pas toujours des actes impulsifs; il importe de noter que parmi les suicides étudiés chez les enfants, seul un petit nombre de morts volontaires résultait d'un geste clairement impulsif. En fait, dans la plupart des cas, l'acte a manifestement été planifié (Hutton et coll., 1977) (traduction).

Il se peut en effet que le suicide soit davantage "prémédité, ou à tout le moins préparé, chez les jeunes enfants que chez les adultes.

Certains experts conviennent que l'examen du comportement suicidaire chez les jeunes enfants devrait comporter une définition claire de l'âge précis de développement de l'enfant. La définition du comportement suicidaire devrait reposer sur des critères précis liés à l'âge pour les actes d'autodestruction et tenir compte de l'intentionnalité de l'acte et de la conception de la mort et du suicide chez l'enfant. Il n'existe pour le moment aucune définition de ce genre.

En général, les jeunes qui tentent de se suicider semblent utiliser des méthodes moins létales que ceux qui réussissent. D'après les résultats d'une étude approfondie des tentatives de suicide à Toronto (n = 506), le procédé utilisé dans la majorité des cas était l'intoxication médicamenteuse (88,2 p. 100), la lacération venait au deuxième rang (5,9 p. 100), suivie de la lacération accompagnée d'une intoxication (1,5 p. 100) et autres procédés (4,4 p. 100). Les médicaments les plus fréquemment employés sont l'aspirine (33 p. 100), le valium (25 p. 100), les dérivés de l'aspirine (16,3 p. 100) et les barbituriques (8,3 p. 100) (Garfinkel et Golombek, 1977).

d) Facteurs suicidogènes

Les jeunes à haut risque suicidaire continuent de présenter un risque élevé durant toute leur vie. Certains problèmes comme le stress, la dépression et d'autres expériences malheureuses durant l'enfance peuvent, s'ils ne sont pas réglés, constituer plus tard des facteurs de risque aussi importants (Solomon et Hellon, 1980). Il importe donc de déterminer les facteurs suicidogènes dès cette période.

Les recherches signalent plusieurs facteurs qui semblent contribuer à l'isolement, à l'impuissance, au désespoir, à la dépression et au comportement suicidaire ultérieur chez les jeunes (Cosand et coll., 1982; Trautman, 1984; Stengel, 1965; Davis, 1983; Garfinkel, 1979). Voici quelques-uns de ces facteurs :

- problèmes psychologiques;
- maladie physique;
- difficulté à nouer des liens;
- difficulté à communiquer;
- piètre estime de soi;
- problèmes scolaires;
- chômage;
- existence de plusieurs problèmes/agents de stress;
- ressources limitées;
- vie malheureuse à la maison;
- deuils multiples (en particulier perte précoce d'un parent).

Une combinaison de ces facteurs peut entraîner des troubles affectifs graves chez les adolescents déjà vulnérables sur le plan affectif.

Plusieurs études canadiennes ont permis d'établir les nombreuses causes et facteurs suicidogènes chez les jeunes. S'appuyant sur l'étude des cas de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans en Alberta, Solomon et Boldt (1977) ont classé ces facteurs en deux catégories : les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants. On entend par facteurs prédisposants les conditions qui se développent avec le temps et qui préparent le terrain au suicide. Voici quelques-unes de ces conditions présentées par ordre décroissant de fréquence : les antécédents de troubles mentaux, les problèmes d'alcool et de drogue et les affections physiques chroniques. La prévalence de l'abus de drogue et d'alcool chez les jeunes suicidés était significative; selon l'étude, 27 p. 100 des adolescents et 31 p. 100 des adolescentes, consommaient de la drogue. L'abus d'alcool semblait moins fréquent et était presque exclusivement le fait des garçons.

Les facteurs précipitants sont ceux qui déclenchent le suicide. Nous les avons classés ici par ordre d'importance : état de crise, sentiment d'échec et pertes ou deuils.

Il est intéressant de noter que dans cette étude, une majorité des suicidés habitait avec leur famille au moment de leur mort et qu'une forte proportion n'était pas des "inadaptés sociaux" (voyous ou clients des services d'aide à l'enfance). L'étude a également permis de distinguer certains événements précurseurs présents dans 90 p. 100 des cas; on pourrait les considérer comme des signes avant-coureurs d'un suicide imminent. Par exemple, les taux de suicide étaient beaucoup plus élevés parmi les jeunes qui avaient déjà attenté à leurs jours, même si la fréquence des tentatives était généralement faible. Ce type "d'événement précurseur" est important du fait que la plupart des tentatives antérieures avaient eu lieu dans l'année précédant le suicide et qu'un plus grand nombre de garçons que de filles se sont donné la mort dans la semaine qui a suivi leur tentative manquée. Il arrive fréquemment aussi que les suicidés aient proféré des menaces explicites ou implicites de suicide avant de mettre fin à leurs jours (Boldt et Solomon, 1977).

Parmi les autres "signes avant-coureurs" du suicide, citons :

- la rupture soudaine ou imprévue des relations avec les parents en l'absence d'autres appuis affectifs;
- le rejet réel ou imaginé par un pair (de même ou de l'autre sexe) dont l'affection est grandement prisée;
- un échec important (habituellement sportif ou scolaire) exposé publiquement;
- des perturbations familiales importantes ou une désintégration de la famille (habituellement mésentente entre les parents), en particulier si le jeune se sent responsable de ces problèmes.

Ces facteurs précipitants semblent jouer un rôle déclenchant plus marqué en présence des conditions suivantes :

- antécédents nombreux de comportements déviants au cours de l'adolescence (par exemple fugues fréquentes, école buissonnière, vols, etc.);
- nombreux accidents de toutes sortes;
- isolement social récemment plus marqué;
- abus d'alcool ou consommation de drogues (Singer, 1980).

Plusieurs chercheurs ont étudié les tentatives de suicide en rapport avec ces facteurs suicidogènes. Certaines études montrent que les mêmes facteurs interviennent dans la tentative de suicide que dans le suicide réussi. Une étude torontoise des tentatives de suicide chez les jeunes âgés de 8 à 18 ans (n = 108) a mis en évidence les motifs suivants, par ordre de fréquence :

- conflit avec les parents ou les beaux-parents;
- punitions trop sévères;
- problèmes de "coeur";
- difficultés scolaires;
- chagrin découlant de l'éclatement de la famille et du placement en centre de détention et en foyer nourricier;
- responsabilités trop lourdes;
- critiques et pressions excessives.

Waller (1981) conclut que le "suicide est un dénouement : une accumulation de soucis et d'angoisses devenus insoutenables".

Ces motifs ainsi que d'autres ont également été relevés dans une étude plus approfondie des adolescents qui ont tenté de se suicider (n = 505). Le groupe étudié présentait les caractéristiques suivantes :

- problèmes médicaux (51 p. 100);
- difficultés d'adaptation scolaire (46 p. 100);
- antécédents familiaux de troubles psychiatriques (36,8 p. 100);
- éclatement de la famille (32,4 p. 100);
- problèmes d'alcoolisme chez les parents (20,6 p. 100);
- obésité (12 p. 100);
- violence à l'endroit des enfants (11,8 p. 100);
- agression sexuelle (7,4 p. 100);
- acné (4,4 p. 100);
- difficultés d'apprentissage (2,9 p. 100) (Garfinkel et Golombek, 1977)

Des études comparatives des suicides ratés et réussis chez les adolescents ont montré que le milieu familial joue un rôle déterminant aussi bien dans les tentatives de suicide que dans les suicides. Il a été établi que les jeunes suicidaires vivaient souvent dans une famille peu unie, très mobile, divorcée, où la mère était sur le marché du travail ou l'un des parents absent. Les chercheurs ont expliqué que l'effet négatif n'était pas dû à l'éclatement de la famille comme tel mais au chaos et à la désintégration des relations qui s'ensuivaient (Adam, 1983; Davis, 1983).

D'autres études ont fait ressortir certaines caractéristiques qui distinguent les adolescents qui tentent de se suicider de ceux qui réussissent (Maris, 1981). Dans une étude, on a comparé le rendement scolaire de 1500 suicidés et de 500 suicidants. Il a été établi que les suicidés réussissaient généralement mieux à l'école, en effet 90 p. 100 d'entre eux avaient le rendement attendu alors que 53 p. 100 des suicidants avaient des résultats scolaires inférieurs à la moyenne ou avaient quitté l'école. On relevait également des différences entre les deux groupes eu égard aux antécédents de traitement psychiatrique et à la gravité du trouble mental. Bien que 25 p. 100 seulement des suicidés avaient déjà reçu des traitements psychiatriques, ils semblaient présenter des troubles plus graves (dépression ou troubles affectifs, schizophrénie) que les suicidants; 50 p. 100 de ces derniers avaient déjà été traités pour des troubles mentaux moins graves, tels que des troubles de la personnalité caractérisés par la dépression, l'anxiété, l'agressivité et des "problèmes caractériels" (Golombek, 1984).

On a signalé des différences liées au sexe pour certains des facteurs favorisant les tentatives de suicide chez les adolescents. Les conflits familiaux et les problèmes interpersonnels avec l'autre sexe et, dans une moindre mesure, les difficultés scolaires et professionnelles ainsi que les problèmes avec les pairs étaient plus fréquents chez les adolescentes que chez les adolescents qui avaient tenté de se suicider. Ces derniers étaient davantage préoccupés par leurs démêlés avec la justice, leurs problèmes personnels, la maladie, le chômage et leurs sentiments d'incompétence et d'isolement (Miller, 1979).

Le groupe de travail s'intéresse particulièrement aux facteurs suicidogènes chez les jeunes autochtones. Bien qu'on ait décelé dans ce groupe d'importants réseaux de facteurs qui ressemblent à ceux observés dans l'ensemble de la population d'adolescents suicidaires, certains sont propres à la culture autochtone. Plus précisément, deux facteurs liés au milieu familial distinguent les jeunes Indiens des autres adolescents. D'abord, la forte dépendance vis-à-vis de la famille, qui entraîne un isolement social et l'absence de relations à l'extérieur de la famille; puis, la violence et les sévices physiques, qui s'exercent habituellement à l'endroit du jeune garçon, attribuables à la présence au foyer du père naturel (Ward, 1981).

On peut en conclure que malgré l'absence d'un modèle établi qui décrive les effets conjugués des divers facteurs sur l'adolescent, les recherches approfondies qui ont été effectuées sur le suicide chez les jeunes ont permis de cerner plusieurs facteurs prédisposants et précipitants qui peuvent servir d'indicateurs sûrs pour l'évaluation du risque suicidaire.

(ii) Personnes âgées

Jusqu'à très récemment, le suicide était considéré comme un phénomène surtout lié à la vieillesse. Les études montrent cependant que si le taux de suicide demeure élevé chez les personnes âgées, il ne progresse plus à un rythme aussi rapide que dans les autres groupes d'âge, comme chez les moins de 30 ans*. Sakinofsky signale que :

> Le taux de suicide chez les personnes âgées n'est pas tellement disproportionné par rapport à leur nombre. En 1977, ce groupe représentait 9 p. 100 de l'ensemble de la population et comptait 10 p. 100 de tous les suicides déclarés (Sakinofsky, 1982) (traduction).

Le risque de suicide chez les personnes âgées au Canada est le plus élevé chez les sujets de plus de 70 ans, en particulier chez les hommes (Sakinofsky, 1983), et le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les distinctions entre les comportements menant au suicide ou à la tentative de suicide sont moins nettes chez les personnes âgées que dans les groupes plus jeunes. Un plus grand nombre de tentatives de suicide chez les vieillards aboutissent à des suicides réussis. Shulman (1978) décrit l'état des recherches sur le sujet :

* Voir les tableaux de l'annexe II.

Dorpat, Anderson et Ripley (1968) ont dressé une liste des facteurs associés à un risque élevé de suicide chez les personnes qui ont déjà attenté à leurs jours. On y retrouve notamment le vieillissement, le célibat, la solitude, la mauvaise santé, la psychose, la létalité du procédé utilisé, le chômage ou la retraite. Ce profil décrit bien les suicidants âgés. Comme groupe, ils sollicitent moins souvent de l'aide et utilisent des méthodes plus efficaces de façon moins impulsive que les groupes plus jeunes (Burston, 1969; Benson et Brodie, 1975).

Les motifs sous-jacents des suicidants âgés ont été jugés plus puissants que ceux des groupes plus jeunes. Sakinofsky affirme que les personnes âgées ratent leur suicide non par manque de détermination mais parce qu'ils ont choisi une méthode qui n'était pas assez létale (Sakinofsky, 1976a). Shulman (1978) ajoute que "toute tentative de suicide chez les personnes âgées doit être prise au sérieux, si ostentatoire ou artificieuse qu'elle puisse paraître".

a) Attitudes sociales

Étant donné le vieillissement de la population canadienne, la jeune génération commence à considérer les personnes âgées comme un fardeau de plus en plus lourd. Au cours des dernières années, on a donc observé une transformation notable des attitudes à l'égard du suicide chez les personnes âgées. Sakinofsky décrit ainsi l'attitude prédominante : "Le suicide d'un jeune est considéré comme une véritable tragédie, alors que celui du vieillard peut passer pour une solution acceptable." Il ajoute que la perception du suicide n'est pas la même si la victime est une personne âgée ou plus jeune. Dans le premier cas, le suicide est souvent accepté et considéré comme "rationnel", comme un "choix personnel" ou une "euthanasie volontaire". Ces attitudes reflètent un manque de respect et d'estime pour les vieillards, qui trop souvent les amène à se déprécier eux-mêmes (Sakinofsky, 1976a).

b) Cas non déclarés

Le problème de la non-déclaration des cas de suicides est aussi important chez les vieillards que chez les jeunes. Les coroners et les médecins légistes ont souligné la difficulté d'établir l'acte de décès dans le cas des vieillards qui se laissent volontairement mourir ou qui accélèrent leur propre mort par une négligence résolue et étudiée (Syer-Solurch et Wyndowe, 1981). Il arrive fréquemment que les personnes âgées suicidaires qui souffrent d'affections graves comme le cancer, le diabète et les cardiopathies refusent de poursuivre leur traitement. Ce comportement est considéré comme une "forme indirecte de suicide" (Atcheley, 1977).

c) Facteurs suicidogènes

Les principaux facteurs suicidogènes chez les Canadiens âgés, c'est-à-dire de plus de 65 ans, sont les suivants :

- détérioration de la santé;
- augmentation de la fréquence des maladies mentales, en particulier de la dépression et de la démence;
- retraite, surtout forcée;
- perte du conjoint, deuil;
- isolement social;
- solitude;
- difficultés financières (Lépine, 1982).

On a laissé entendre en particulier que les changements de rôle importants qui découlent de la retraite chez l'homme et de la perte du statut de mère et d'épouse chez la femme engendrent un certain ennui, un sentiment d'inutilité et, partant, augmentent la vulnérabilité des personnes âgées au stress et accentuent les effets de la solitude (Sakinofsky, 1976a).

La consommation excessive d'alcool et de drogues a également été reconnue comme un facteur qui contribue au suicide chez les personnes âgées. Le coordonnateur du service de "Popote roulante" à Toronto a signalé que 20 p. 100 de ses clients consommaient de l'alcool en quantités excessives; il s'agissait en majorité de veufs, les célibataires venaient au second rang, suivis des couples qui voulaient fuir les problèmes de la vieillesse. On rapporte qu'aux États-Unis, 10 p. 100 de tous les alcooliques traités ont 60 ans ou plus (Lavallée, 1982).

Des études ont révélé que les vieillards déprimés souffrent souvent d'insomnie, d'où leur grande dépendance vis-à-vis des somnifères, qu'ils n'ont aucun mal à se procurer. Sakinofsky explique que les "personnes peuvent commencer à en abuser non seulement la nuit mais aussi le jour. Et réduites au désespoir, elles peuvent être facilement tentées d'utiliser ces cachets pour précipiter leur dernier sommeil" (Sakinofsky, 1976b).

La dépression et la maladie sont les principaux facteurs qui, seuls ou en association, participent au déterminisme du suicide chez les personnes âgées. Bien que la fréquence des premiers épisodes dépressifs semble décroître avec l'âge, la prévalence de la dépression chez les vieillards demeure élevée. À cet égard, Sakinofsky déclare ce qui suit :

> Premièrement, les dépressions à un âge avancé sont plus résistantes, leur fréquence peut diminuer, mais elles entraînent un plus grand nombre de suicides. Deuxièmement, ces dépressions peuvent être le réveil de dépressions qui ont débuté plus tôt, celles-ci ont une nette tendance à se répéter. Troisièmement, . . . les dépressions de la vieillesse prennent souvent le médecin et la famille de la victime au dépourvu et peuvent sembler moins graves qu'elles ne le sont effectivement (Sakinofsky, 1976a) (traduction).

Plusieurs études ont mis en évidence la fréquence élevée d'affections somatiques graves chez les suicidants âgés, qui peut varier entre 35 et 85 p. 100 (Shulman, 1978; Batchelor et Napier, 1953; Sainsbury, 1962; Gardner et coll., 1964; Dorpat et coll., 1968 et Burston, 1969). Cette relation est corroborée par la fréquence plus élevée de maladies physiques chez les suicidés du troisième âge que dans un groupe témoin composé d'individus du même âge victimes d'un accident mortel.

Il existe en outre une relation significative entre la maladie physique et les troubles psychologiques chez les vieillards. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces deux facteurs sont considérés comme interdépendants en ce sens qu'ils réduisent les possibilités de guérison et accroissent ainsi les risques de décès. La présence concomitante d'une maladie physique et d'une dépression semble avoir un effet synergique (Kay et Bergmann, 1966; Post, 1972).

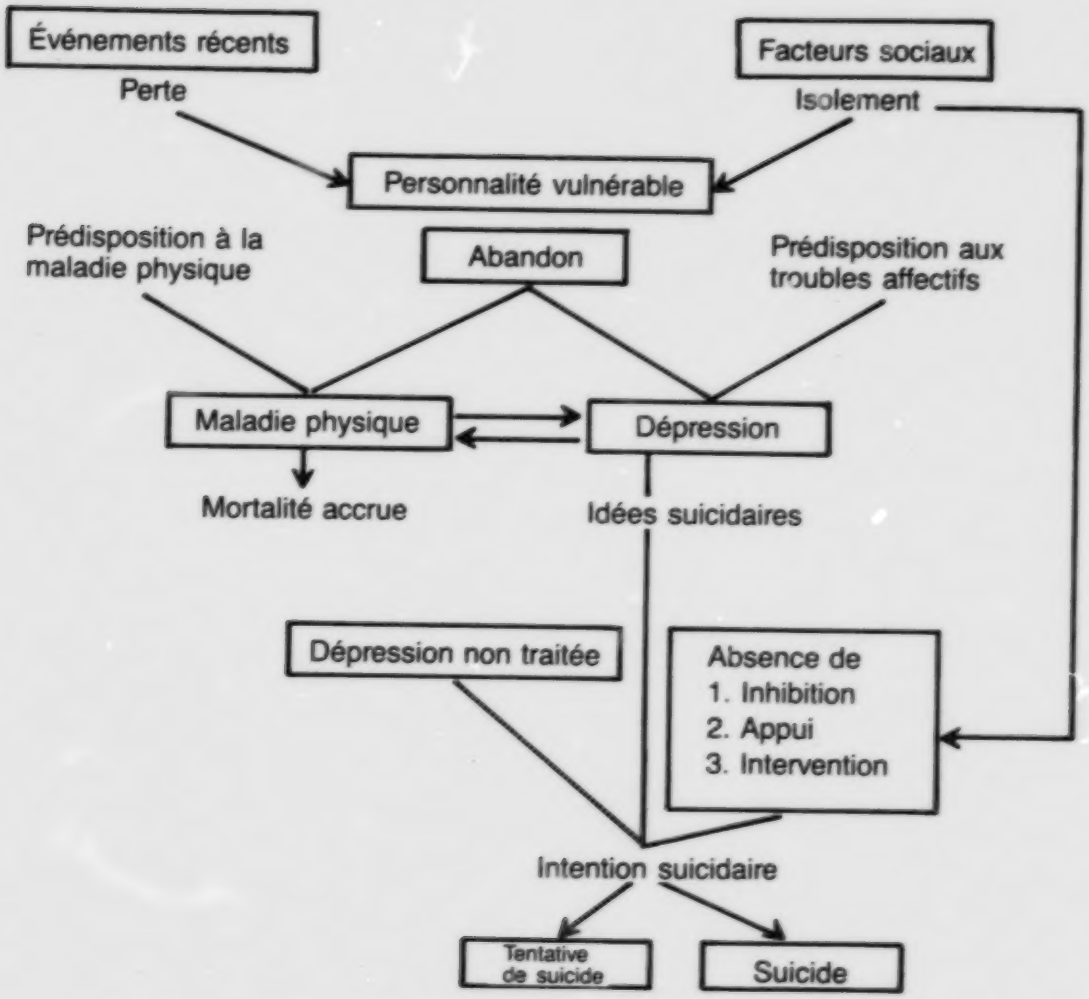
Étant donné que le comportement suicidaire chez les personnes âgées est conditionné par tout un réseau de facteurs intimement liés, il semble nécessaire de faire appel à un modèle multifactoriel. Shulman a élaboré un modèle très large du suicide et de la tentative de suicide chez les vieillards qui englobe tous les facteurs suicidogènes (voir figure 19).

Il explique son modèle de la façon suivante :

> Comme dans toutes les affections psychiatriques, la vulnérabilité physique, congénitale ou acquise au cours du développement, est déterminante. L'hérédité (c'est-à-dire les antécédents familiaux de dépression), l'éclatement de la famille et la perte précoce d'un parent jouent également un rôle. Les facteurs sociaux qui contribuent à isoler la personne âgée peuvent être associés à la disparition imprévue d'êtres chers ou à une déficience des relations interpersonnelles qui favorise l'isolement. L'isolement joue à deux niveaux : premièrement, comme facteur contribuant à faire perdre le goût de la vie et deuxièmement, comme facteur d'acceptation une fois qu'un trouble affectif a donné naissance à l'idée du suicide (Shulman, 1978) (traduction).

Le modèle de Shulman admet que la maladie physique et le trouble affectif peuvent survenir indépendamment, dériver du même état prémorbide d'abandon ou entretenir un rapport de cause à effet. De toute façon, leur présence concomitante entraîne une détérioration mutuelle. Trois facteurs déterminent la mesure dans laquelle le désir de mort engendré par un état dépressif peut s'intensifier : la mise en oeuvre ou non d'une intervention adaptée et d'un traitement adéquat, le degré d'isolement social et de désolation du sujet, et l'accessibilité d'une méthode létale acceptable à l'individu.

Figure 19. Modèle hypothétique pour le suicide et la tentative de suicide chez les personnes âgées



Source : Shulman, K. *Suicide and Parasuicide in Old Age. A Review of Age and Aging*, 1978, 7.

Face à la complexité et à la gravité du problème du suicide chez les personnes âgées, divers groupes et associations ont multiplié récemment les efforts en vue d'améliorer la qualité de vie des Canadiens du troisième âge. Ces efforts peuvent avoir contribué à stabiliser le taux de suicide chez les personnes âgées au cours des vingt dernières années.

3. Autochtones*

Les autochtones sont fortement exposés au suicide en raison du taux élevé de morts violentes dans leur société, qui atteint 36 p. 100, soit trois fois le taux national. Fait plus important, les rapports ont montré que le suicide est responsable de 15 à 20 p. 100 de toutes les morts violentes, et qu'en 1982, le taux de suicide chez les autochtones était plus du double du taux canadien (36,1 p. 100 contre 14,3 p. 100). Environ 60 p. 100 des suicidés appartenaient au groupe des 15 à 24 ans, et les hommes étaient plus durement touchés que les femmes, dans une proportion de 3 pour 1.

(i) Cas non déclarés

On convient généralement que le nombre de suicides chez les autochtones a été considérablement sous-évalué. Il existe une relation entre le pourcentage de cas non déclarés et la cause du décès ou la méthode utilisée par la victime. Par exemple, les statistiques de 1982 concernant les constats de suicide montrent qu'aucun décès par noyade, exposition ou brûlures n'a été classé comme suicide; les accidents de la route ne représentaient que 1,8 p. 100 des suicides, alors que les armes à feu étaient la cause de 53,2 p. 100 des décès. Les autochtones interrogés admettaient eux-mêmes qu'un nombre important de morts violentes n'étaient pas répertoriées comme des suicides. Jarvis et Boldt expliquent que dans le cas des homicides, les autochtones établissaient des "distinctions entre l'homicide attesté officiellement et l'homicide provoqué par la victime, qu'ils interprétaient comme un équivalent suicide. Ils ajoutent que "73 p. 100 des décès sur les routes sont survenus par temps clair et sur une chaussée sèche. Seul un décès était dû à une défectuosité mécanique. Les conducteurs semblent porter une bonne part de la responsabilité" (Jarvis et Boldt, 1982).

Le taux élevé de morts violentes associées à l'alcool chez les autochtones complique l'établissement de l'acte de décès ou le constat de suicide. Les recherches montrent qu'un grand nombre de suicides associés à l'alcool ont été classés comme des accidents du fait que le médecin légiste ou le coroner hésitait à imputer une intention suicidaire à des individus intoxiqués.

Une étude de 26 suicides chez les autochtones en Colombie-Britannique (20 hommes et 6 femmes) a fait ressortir plusieurs caractéristiques communes aux suicidés autochtones. Les victimes des deux sexes présentaient en effet les caractéristiques suivantes :

- l'emploi habituel d'armes à feu;
- abus d'alcool et de drogues douces;
- signes physiques de dépression (par exemple, troubles du sommeil, manque d'appétit, crises de larmes, repliement et verbalisation des idées de suicide);
- célibat;
- difficultés financières;
- instabilité du milieu familial;
- antécédents familiaux de suicide, et
- suicide durant les mois d'hiver.

On n'observait qu'une différence entre les deux sexes : en général, les femmes "sollicitaient de l'aide des organismes" avant de se donner la mort (Direction générale des services médicaux, 1977).

(ii) Facteurs suicidogènes

Un certain nombre de facteurs sociaux favorisent le comportement suicidaire chez les autochtones. Bon nombre de ces facteurs suicidogènes résultent des difficultés d'intégration à la société blanche, qui se reflètent dans les nombreuses pertes subies par les autochtones : perte de la maîtrise de leur destinée individuelle et collective, détérioration des valeurs traditionnelles, culturelles et religieuses s'accompagnant d'une dévalorisation des chefs spirituels et d'autres modèles de rôle, et scolarisation inadéquate par suite de leur incapacité de s'adapter au réseau scolaire des Blancs.

En ce qui concerne l'éducation, plus de 60 p. 100 des autochtones abandonnent leurs études avant la 8e année et moins de 10 p. 100 terminent leur 12e année. Le quart de la population est ainsi composé d'analphabètes fonctionnels. Le manque d'instruction restreint les possibilités d'emploi et oblige un grand nombre à vivre de l'aide sociale. Les recherches ont montré que les autochtones sont parmi les groupes les plus défavorisés au Canada; 90 p. 100 d'entre eux vivent sous le seuil de la pauvreté, 70 p. 100 n'ont pas de travail, au moins 40 p. 100 sont des assistés sociaux et moins de 40 p. 100 sont logés convenablement (Ward et Fox, 1977; Syer-Solursh, 1979a; Termansen et Peters, 1979). Les rares possibilités d'intégration et d'acceptation dans la société blanche ont engendré un sentiment de désespoir. Termansen et Peters expliquent que :

> L'Indien est sommé de choisir entre les vestiges d'une culture qui a prospéré pendant des siècles et l'intégration au bas de l'échelle de notre société matérialiste moderne . . . Se trouvent précisément réunies les conditions essentielles du suicide anomique, tel que défini originalement par Durkheim (1857-1951), où l'individu est coupé des forces vives et signifiantes de la société (Termansen et Peters, 1979) (traduction).

Certains croient que les efforts du gouvernement fédéral en vue d'assimiler les autochtones dans la population canadienne a contribué de façon notable à leur perte d'estime de soi. Un expert décrit ainsi le phénomène :

> Bien qu'elle ait été présentée sous un autre jour, la politique bienveillante du gouvernement semble en effet très claire; elle vise simplement l'assimilation de la culture indienne à la culture blanche dominante . . . Le Peau-Rouge deviendrait un Blanc. Le gouvernement non seulement apporterait à ces primitifs, considérés comme des sauvages sans instruction aux moeurs païennes, les bienfaits de la civilisation et de l'éducation, mais tenterait aussi de sauver leur âme. Et pour y parvenir, on aurait principalement recours aux pensionnats, qui jusqu'à la dernière guerre étaient gérés par diverses communautés religieuses. Les parents étaient tenus par la loi d'envoyer leurs enfants à l'école et rares étaient les écoles qui étaient situées directement dans les réserves; les enfants étaient donc séparés malgré eux de leurs parents dix mois par année. Trop souvent, il en résultait que les enfants grandissaient avec l'idée qu'ils appartenaient à une race inférieure, arriérée. Cette image a été renforcée dans l'esprit des Indiens comme dans celui des Blancs par les livres et par les médias qui dépeignent les Indiens comme des sauvages (Ward et coll., 1977b) (traduction).

Des études ont montré que le moyen le plus répandu et le plus acceptable socialement chez les autochtones de faire face au stress affectif est d'intérioriser ses sentiments. Curlée explique que "l'image traditionnelle de l'Indien est celle de l'homme qui peut endurer des douleurs intenses sans pleurer, qui a l'habitude de ne pas laisser transparaître à aucun moment sa douleur, sa colère, son anxiété ou toute autre émotion" (Curlée, 1969).

Une étude de ce phénomène a révélé que les autochtones intériorisent leur colère et leur douleur non assimilées de trois façons différentes : déni, dépression et somatisation (Mindell et Stuart, 1969). Une autre étude signale que les autochtones résolvent leurs conflits affectifs par des explosions violentes d'émotions ou par l'alcool qui les aide à "libérer leurs sentiments de violence, de frustration, de colère et de désespoir normalement refoulés" (Ward et coll., 1977b).

Il a été établi que bien que l'alcool puisse à l'occasion engendrer des sentiments temporaires de bien-être et d'euphorie, il lève les inhibitions qui freinaient l'expression verbale ou comportementale des émotions et altère également la perception et le jugement,

---

* Notre étude des authochtones s'est limitée aux "Indiens de plein droit" qui est le seul groupe pour lequel il existe des statistiques nationales. Par conséquent, les commentaires et conclusions se rapportent exclusivement à ce groupe et peuvent ne pas s'appliquer aux autres groupes autochtones.

de même que la capacité de tolérer les frustrations. Ainsi, bon nombre d'autochtones qui ne donneraient pas normalement libre cours à leurs émotions ont des comportements violents, explosifs après avoir bu. Parfois, cette violence est dirigée contre autrui et se manifeste par des actes de vandalisme, des coups, des voies de fait, le viol et l'homicide; parfois l'agressivité est retournée contre le sujet, notamment dans les actes d'autodestruction et le comportement suicidaire.

Comme dans d'autres groupes, l'alcoolisme contribue de façon importante à la discorde et aux conflits familiaux apparents dans la vie et le milieu d'origine de nombreux suicidés autochtones (Ward et coll., 1977b). Des études ont révélé que 62,5 p. 100 des suicidés autochtones avaient des antécédents d'alcoolisme; 85,7 p. 100 avaient bu juste avant de s'enlever la vie, alors que 53 p. 100 étaient "sous l'influence de l'alcool" au moment de leur suicide (Jarvis et Boldt, 1982).

La dépression est le trouble mental le plus fréquemment observé chez les autochtones qui se suicident. Selon le rapport annuel de la Direction générale des services médicaux, région du Pacifique, 1977, tous les suicidés autochtones en Colombie-Britannique, sauf trois, présentaient des symptômes de dépression sévère avant leur mort. Vingt-huit pour cent de ces sujets avaient déjà suivi des traitements psychiatriques. Les autochtones suicidaires ont particulièrement souffert de la perte d'une personne clé dans leur vie par suite de l'éclatement de leur famille, de la présence de substituts parentaux souvent inadéquats, d'un décès dans la famille, d'une mort violente et de placements fréquents en internat (United States National Institute of Mental Health, 1973).

L'isolement social joue également un rôle important dans le déterminisme du suicide chez les autochtones. Ward souligne que :

> Dans chaque cas, il semble y avoir une absence incroyable de relations personnelles intimes avec les groupes de pairs en dehors de la famille immédiate. Ils établissent des relations sociales le plus souvent en groupes, dans des soirées, mais on ne signale presque jamais de grandes amitiés . . . ou de petits(es) amis(es). Pour bon nombre, l'isolement ne date pas d'hier et remonte à la petite enfance (Ward, 1981) (traduction).

Selon une étude comparative de l'état civil des suicidés autochtones et de celle de l'ensemble de la population, la proportion de célibataires et de personnes seules serait plus élevée chez les autochtones. Termansen et Peters signalent que :

> bien qu'il ne soit pas possible de convertir les données sur les autochtones en taux, il ressort que l'absence d'une relation intime gratifiante en dehors de la cellule familiale immédiate peut se traduire par une augmentation du risque général de suicide (Termansen et Peters, 1979) (traduction).

Tableau 9 Incidence du suicide dans les pénitenciers canadiens, 1973-1983

Année	Population carcérale	Nombre de suicide
1973	8 832	10
1974	9 239	7
1975	8 456	8
1976	9 325	5
1977	9 429	11
1978	9 407	6
1979	9 420	7
1980	9 549	10
1981	10 025	12
1982	10 982	14
1983	s/o	19
	Total	109

Source : Service correctionnel du Canada, Self-inflicted injuries and suicides. Document inédit Ottawa : Bureau de consultation de la gestion, 1981.

La maladie physique est un autre facteur suicidogène chez les autochtones. Une étude d'un groupe de suicidés et de suicidants a indiqué que 25 p. 100 du groupe souffraient d'une affection somatique "importante" (Termansen et Peters, 1979).

En conclusion, le profil du suicidé qui se dégage est celui d'un individu isolé et vulnérable appartenant à une société morcelée, défavorisée et éclatée. Si l'on veut réduire ou éliminer cette situation à haut risque, il faudra apporter d'importants changements pour éliminer tous les facteurs suicidogènes et atténuer leur interaction.

4. Détenus

Les détenus constituent un autre groupe à haut risque. Le groupe de travail a essayé de cerner et d'analyser les principaux facteurs associés au comportement suicidaire chez les détenus du réseau pénitentiaire canadien. On peut dégager des résultats d'une étude effectuée par le Service correctionnel du Canada (SCC) (1981) les observations suivantes :

- les taux de suicide étaient plus élevés dans les établissements à sécurité maximale et à sécurité moyenne que dans les établissements à sécurité minimale;
- on observait plus souvent des taux élevés de suicide chez les détenus placés en cellule d'isolement que chez les détenus en cellule ordinaire;
- il n'existait aucune relation entre l'âge et le taux de suicide;
- un taux plus élevé de suicide était associé tant à un degré élevé de scolarité qu'à une faible scolarisation;
- on observait un taux nettement plus élevé de suicide chez les détenus condamnés pour des crimes contre les particuliers que chez ceux qui purgeaient une peine pour des crimes contre la propriété;
- on ne décelait aucune relation significative entre le suicide et l'état civil;
- il n'existait aucune relation significative entre le suicide et le quotient intellectuel, la longueur des phrases et la durée de la détention, et
- la pendaison était immanquablement la méthode la plus fréquemment utilisée.

Le tableau 9 donne un aperçu du nombre de suicides survenus dans les pénitenciers canadiens entre 1973 et 1982. Les nombreuses variables intervenant dans le calcul des années d'emprisonnement et des jours-lits rendent difficile la comparaison empirique avec les taux de suicide dans l'ensemble de la population. Néanmoins, certaines données démontrent que le taux global de suicide dans les établissements fédéraux est plus élevé que dans l'ensemble de la population, peut-être dans une proportion de 3 pour 1. Le taux élevé de suicide chez les détenus est particulièrement significatif vu qu'en milieu pénitentiaire la surveillance est constante et l'accessibilité à des moyens létaux réduite.

(i) Facteurs suicidogènes

Les facteurs qui semblent influer sur le désir suicidaire d'un prisonnier sont directement liés soit aux circonstances de l'incarcération soit aux antécédents personnels du détenu.

Parmi les facteurs associés aux circonstances de l'incarcération figurent :

- la vision de la prison comme une punition et une honte;
- le refus d'appartenir à une société honnête et respectueuse des lois;
- la perte de contrôle de sa destinée;
- la perte d'intimité;
- la perte de la famille et des amis;
- le caractère fermé du système social de la prison (par exemple les prisonniers d'un côté et les autorités de l'autre), et
- l'atmosphère de violence, de peur et de méfiance qui y règne.

On retrouve souvent dans les antécédents personnels des détenus les caractéristiques suivantes :

- milieu familial défavorisé caractérisé par la violence ou la criminalité;
- antécédents de violence;
- troubles psychiatriques, et
- abus d'alcool et consommation de drogue.

(ii) Automutilation

Les tentatives de suicide sont difficiles à apprécier avec exactitude du fait qu'on les confond souvent avec les blessures volontaires peu létales inspirées par d'autres motifs, tels le désir de tromper l'ennui, de relâcher une tension ou de manipuler le système. Les études effectuées jusqu'à présent se fondent sur des données qui ne tiennent pas compte de la différence entre l'automutilation et la tentative de suicide; on ne dispose en effet d'aucune méthode standardisée pour distinguer la tentative de suicide de l'automutilation ou des blessures volontaires qui peuvent être moins létales. Conscients de ce problème, les chercheurs qui ont participé à l'étude du SCC ont proposé la définition suivante : "Les termes automutilation ou blessure volontaire désignent tout acte comportant le sectionnement, l'ablation, la mutilation, la destruction ou l'atteinte à l'intégrité d'une partie de son propre corps." Cette définition, cependant, ne prend pas directement en considération la question de l'intentionnalité, trait capital qui distingue la tentative de suicide de l'automutilation.

Les rapports annuels des établissements fédéraux font état d'un nombre disproportionné de blessures volontaires non mortelles par rapport au nombre de suicides réels dans la population carcérale, soit un rapport de 230 contre 7 (Service correctionnel du Canada, 1981). Ce rapport disproportionné, observé également dans les établissements provinciaux, a obligé le personnel des services correctionnels à prendre aussi au sérieux le problème de l'automutilation que celui du suicide réussi. Ce nombre élevé de blessures volontaires non mortelles fournit des données plus détaillées pour l'étude du comportement autodestructeur en général, y compris le suicide.

Les résultats de l'étude du SCC permettent d'établir le profil du détenu fédéral au comportement autodestructeur :

- plus jeune que la moyenne, habituellement âgé de 24 ans;
- célibataire ou non marié;
- comportement autodestructeur au début de son séjour dans un établissement particulier, le détenu étant en prison depuis une période relativement longue;
- souvent un récidiviste;
- antécédents d'abus d'alcool et de prise de drogues;
- intelligence moyenne, et
- faible niveau de scolarité.

Ni ce profil du détenu autodestructeur, ni les conclusions tirées de l'étude sur les suicidés ne nous fournissent assez de renseignements pour permettre la reconnaissance des détenus à haut risque suicidaire. Le comportement passé pourrait toutefois donner une indication du comportement futur; et tout changement important du comportement devrait être considéré comme un indicateur éventuel d'un comportement suicidaire.

5. Proches de la victime

Selon certaines estimations, au moins 750 000 personnes aux États-Unis seraient touchées de près chaque année par le comportement suicidaire, les membres de la famille de la victime étant les plus directement affectés (Shneidman, 1969). Cette estimation date de plusieurs années et il existe des différences entre les populations américaine et canadienne, mais il est raisonnable de penser qu'au moins 40 000 à 50 000 Canadiens vivent de tels drames chaque année.

Le processus normal de deuil comporte plusieurs étapes, mais les personnes en cause ne passent pas toutes nécessairement par toutes les étapes (Bugen, 1977), et il n'est pas rare qu'elles régressent à des étapes antérieures (Ramsay, 1977). Ces étapes ont reçu différentes appellations (Averill, 1968; Bowlby, 1969; Engel, 1961; Simos, 1977), toutefois la majorité des chercheurs conviennent qu'il en existe trois. La première est marquée par le choc et l'incrédulité, la personne refusant d'admettre la disparition de l'être cher. Elle peut se blinder contre cette perte et fonctionner plus ou moins mécaniquement; ce comportement est particulièrement fréquent si la personne était très liée avec la victime et le décès inattendu (Bugen, 1977).

La désorganisation et un profond chagrin caractérisent la deuxième étape. Durant cette période, la dénégation se transforme en douleur, détresse, dépression et réminiscences de la personne décédée. Avec le temps, le survivant glisse vers la troisième étape, celle de la réorganisation ou du retour à la normale : les symptômes aigus diminuent, le traumatisme est surmonté et la personne recommence à vivre en l'absence de l'être cher.

Tout au long du processus normal de deuil, la personne reçoit habituellement beaucoup de soutien de son entourage; la famille et les amis discutent du décès et de ses effets, et cette entraide assure dans la plupart des cas une transition relativement sans heurt d'une vie avec le défunt à une vie sans lui. Les survivants peuvent ainsi apprendre à surmonter leurs sentiments de colère, de culpabilité et d'impuissance.

Le deuil après un suicide peut comporter les mêmes étapes, mais est compliqué du fait des circonstances tragiques particulières du décès et des réactions qui s'ensuivent. Winch et Letofsky expliquent que :

> la plupart des proches des suicidés vivent le traumatisme d'un décès qui est à la fois inattendu et incompréhensible. Il n'y a pas eu habituellement de diagnostic médical ni de pronostic sévère. Les circonstances du suicide font qu'en général ce sont la famille et les amis qui découvrent le corps, souvent mutilé, de la victime sans pouvoir bénéficier du soutien professionnel du personnel hospitalier. Ils sont immédiatement interrogés par la police, le coroner, les enquêteurs des sociétés d'assurance et parfois par des représentants des médias. Un décès par suicide place donc pour toutes ces raisons les survivants dans une situation unique qui diffère qualitativement de l'expérience habituellement vécue par les membres de la famille après un décès plus "normal" (Winch et Letofsky, 1981) (traduction).

En outre, l'entourage peut se sentir responsable du suicide. La culpabilité peut devenir en fait le problème majeur. Les proches de la victime peuvent repasser dans leur tête les événements qui ont précédé la mort, cherchant les erreurs qu'ils auraient pu commettre ou ce qu'ils auraient pu faire pour éviter le drame. Souvent, les survivants ne trouvent pas de réponse à leurs questions et sont agités par divers sentiments, dont la culpabilité, la colère, la douleur, le soulagement et la confusion.

Des études ont montré que les proches des suicidés ne reçoivent pas fréquemment l'aide dont ils auraient besoin. Les membres du clergé sont souvent mal à l'aise face à ce type de décès, alors que les amis et même les membres de la famille peuvent ne pas vouloir aborder ce "sujet délicat". Les endeuillés eux-mêmes peuvent ne pas vouloir ennuyer leurs amis ou avoir honte d'en parler. Dans bien des cas, cette hésitation mène à une véritable conspiration du silence où le souvenir du suicide est enterré et les proches du disparu réduits à imaginer le pire, à donner libre cours à leurs propres peurs et conjectures (Cain, 1966). Cela est particulièrement vrai des enfants dont un parent, un frère ou une soeur s'est donné la mort; souvent, ils se sentent responsables du suicide, pensent qu'il est dû à leur piètre rendement (par exemple un mauvais bulletin) ou à leur mauvaise conduite. Les enfants peuvent également mal interpréter la nature du décès survenu dans la famille. Syer-Solursh signale que :

> Des adultes bien intentionnés peuvent expliquer par un mensonge l'absence du parent décédé ou attribuer au décès une cause autre que le suicide. Bien que dans nombre de cas, un tel pieux mensonge ne cause aucun préjudice dans l'immédiat, souvent l'enfant connaît la vérité, ayant été témoin du suicide ou ayant découvert le corps du parent. Le fait qu'on nie complètement son expérience directe du suicide peut semer la confusion et la crainte chez l'enfant, ce qui peut avoir de graves effets pathologiques à long terme (Syer-Solursh, 1979b) (traduction).

L'absence de discussion et de soutien social, qui sont essentiels dans le processus de deuil, entraîne une réaction mélancolique

pathologique, où le deuil est démesurément intense ou prolongé. "Les survivants d'un suicide risquent de rester enfermés dans leur chagrin et de continuer pendant des années à vivre dans un état d'isolement glacé" (Linderman et Greer, 1953).

Les recherches ont montré que ceux qui ont vécu le suicide d'un proche constituent eux-mêmes un groupe à haut risque suicidaire (Cain et Fast, 1972; Beck et coll., 1974). Selon certaines études, le risque de suicide chez une personne dont un membre de la famille s'est déjà donné la mort est neuf fois plus élevé (Giffin et Felsenthal, 1983). Plusieurs explications ont été proposées.

D'une part, le fait d'avoir vécu personnellement une expérience de suicide peut amener la personne à considérer l'acte suicidaire comme un moyen d'évasion ou une façon de résoudre ses propres problèmes. Dans le cas d'un survivant qui s'identifie beaucoup au suicidé, l'imitation peut jouer un rôle important.

D'autre part, la personne dévorée par la culpabilité peut vouloir se punir et peut trouver une certaine justice dans le choix d suicide comme châtiment. Le caractère irr tionnel de ce désir "de réparer la faute" et de partager le sort de la personne décédée accroît grandement le potentiel suicidaire d survivant "à risque". Le désir romantique rejoindre le disparu dans la mort est un au fantasme fréquent. Ce mythe de "Roméo e Juliette" est caractéristique des types de pe sonnalités dépendantes qui ne peuvent acce ter de vivre seules. Dans ces cas, les jours d'anniversaire ou les fêtes familiales tradi- tionnelles sont des moments particulièreme propices au suicide.

D. LE CONSTAT DE SUICIDE : ATTESTATION DE DÉCÈS ET COLLECTE DE DONNÉES

La contribution de la recherche et de l'analyse dans le domaine du suicide à une meilleure compréhension de ce phénomène dépend beaucoup de l'exactitude et de la cohérence de la méthode utilisée pour le constat du décès par suicide et de la fiabilité des données recueillies. À l'heure actuelle, cette exactitude et cette cohérence font défaut au Canada, et il y a lieu de remédier à la situation pour améliorer les perspectives de recherche et le traitement du comportement suicidaire.

Au Canada, la cause et la nature du décès sont déterminées au moyen du système d'attestation de décès. Déterminer la cause du décès - la manière physique dont se produit le décès – est de toute évidence une responsabilité d'ordre médical, qui est généralement assumée par un médecin ou, dans le cas d'un décès soudain et inattendu, par un médecin légiste. Déterminer la façon dont le décès s'est produit, par contre, suppose que l'on tienne compte de diverses influences psychologiques et sociales inconnues, ce qui commande l'intervention d'experts autres que des médecins légistes. Il est essentiel, pour bien évaluer la situation, que le responsable du constat puisse consulter les professionnels qui possèdent la formation voulue et les habiletés nécessaires pour mener des enquêtes.

1. La loi

Au Canada, le constat de décès est du ressort des provinces ou territoires, et chaque administration est dotée de son mécanisme d'attestation de décès, fondé sur des dispositions de la loi. La législation régissant les enquêtes en cas de décès précise les types de décès qui doivent faire l'objet d'une enquête avant l'établissement de l'acte de décès, à savoir : les suicides éventuels, les accidents, les homicides et, dans certains cas, les décès naturels, surtout lorsqu'il peut y avoir négligence, ou lorsque le décès survient dans une prison ou un autre établissement public.

En cas de décès non naturel, les responsables (coroner, médecin légiste ou juge provincial) sont tenus de déterminer si possible l'identité de la victime, ainsi que le moment, le lieu et la cause du décès et la façon dont il s'est produit. De façon générale, les suicides sont classés parmi les "décès à déclarer obligatoirement", et exigent une enquête spéciale, bien que le terme "suicide" soit mentionné dans les lois de seulement trois administrations, à savoir Terre-Neuve (Summary Proceedings Act, Terre-Neuve, 1979), l'Alberta (Fatality Inquiries Act, 1976) et la Colombie-Britannique (Coroners Act, 1975).

Ces lois n'énoncent pas les critères devant présider à l'établissement de la cause du décès ou de la manière dont il s'est produit, ces décisions étant laissées à la discrétion des responsables du constat. Bien que le mécanisme d'attestation des décès relève de la loi, la façon de procéder varie d'une administration à l'autre, au Canada.

2. Les mécanismes

Il y a au Canada essentiellement deux mécanismes d'attestation de décès, à savoir celui du coroner et celui du médecin légiste, sauf à Terre-Neuve, où les enquêtes en matière de décès sont confiées aux juges provinciaux.

Le mécanisme d'attestation par le coroner est le plus en vigueur dans huit provinces, d'un bout à l'autre du Canada. L'approche utilisée pour les enquêtes et les responsabilités assignées au coroner sont sensiblement analogues d'une province à l'autre. En cas de mort subite et inattendue, il incombe au coroner de déterminer la cause du décès et la façon dont il s'est produit, de se fier aux données disponibles et, au besoin, de voir à recueillir des éléments d'information complémentaires. En cas de mort suspecte, le coroner est habilité à mener une enquête pour faire la lumière sur la question.

Étant donné que les diverses lois et ordonnances touchant les coroners ne renferment pas de normes générales bien définies concernant les titres et qualités des coroners, il existe sur ce plan énormément de divergences entre les provinces. L'Ontario est la seule province où les coroners sont tenus par la loi d'être médecins. Dans le cas de l'attestation de décès, cette exigence ne fait pas partie des compétences minimales exigées des coroners dans la plupart des provinces.

Ce manque d'uniformité fait qu'il y a lieu de revoir la structure des mécanismes d'attestation par les coroners, ainsi que la question de l'autonomie locale par opposition à la centralisation des pouvoirs (contrôle et surveillance). Afin d'obtenir un minimum d'uniformité dans l'attestation de décès, compte tenu surtout de la diversité de la formation des coroners à l'intérieur des divers mécanismes d'attestation par les coroners, il est nécessaire de mettre au point un mécanisme prévoyant la supervision des coroners par les autorités locales. Dans la plupart des provinces et territoires, il existe un coroner principal qui s'occupe essentiellement de surveiller et de diriger tous les coroners de la province ou du territoire ou d'exercer un contrôle sur leurs activités.

Fait important à signaler, s'il est vrai que bon nombre de mécanismes d'attestation par le coroner prévoient que le contrôle se fasse à l'échelle de la province ou du territoire, la question de savoir dans quelle mesure ce contrôle est exercé peut varier d'une administration à l'autre. Il n'est pas possible, par exemple, que le coroner principal supervise tous les coroners d'une administration donnée , quotidiennement. Par contre, le coroner principal ou régional peut offrir des programmes de formation aux coroners locaux et leur fournir des lignes directrices générales. Cette formule est plus applicable en Ontario, par exemple, où les coroners possèdent tous une formation médicale, qu'en Colombie-Britannique, où la formation et les antécédents des coroners locaux varient énormément, ou au Québec, où l'on dénombre 85 coroners locaux autonomes.

Selon le mécanisme d'attestation par le médecin légiste, en vigueur en Alberta et en Nouvelle-Écosse, la question de l'uniformisation des titres et qualités des responsables de l'attestation est abordée dans la Fatality Inquiries Act, laquelle exige que tous les médecins légistes soient médecins. En outre, cette formule établit une distinction entre les aspects médical et judiciaire de l'attestation du décès, de sorte que chaque aspect est confié à des spécialistes du domaine. L'aspect médical est du ressort des médecins, alors que l'aspect judiciaire, par exemple les enquêtes criminelles et les enquêtes publiques, incombe aux juges provinciaux. Comme c'est le cas avec le système d'attestation par les coroners, le degré de surveillance et de contrôle exercé par la province en vertu du système d'attestation par le médecin légiste varie d'une province à l'autre. De manière générale, s'il y a des analogies et des différences bien précises entre les deux mécanismes ainsi qu'à l'intérieur de chacun, le système d'attestation par le médecin légiste et le système ontarien d'attestation par le coroner, étant donné l'uniformisation de leurs exigences, offrent cependant davantage de cohérence et d'exactitude dans les attestations de décès comparativement au système d'attestation par les coroners tel qu'il existe actuellement.

À l'issue d'une étude des systèmes d'attestation actuellement en place au Canada, le groupe de travail conclut que pour améliorer la cohérence des attestations, il devrait également y avoir un médecin légiste ou un coroner principal dans chaque province, qui serait habilité à former et à surveiller les responsables locaux des attestations. La formation devrait porter sur les questions telles que l'effet des attitudes du médecin légiste ou du coroner à l'égard du suicide sur le processus d'attestation et les répercussions de ce processus sur les endeuillés.

3. Attitudes des responsables de l'attestation et déclaration des cas

Les recherches font très clairement ressortir que les cas de suicide sont "sous-déclarés" (Brugha et Walsh, 1978; Liberakis et Hoenig, 1978; McCarthy et Walsh, 1975; Ovenstone, 1973). Au nombre des facteurs réputés qui influent sur le degré de sous-déclaration des suicides, on pourrait citer : le type de système d'attestation (Atkinson et coll., 1975); les titres et qualités (Nelson et coll., 1978) et les attitudes (Farberow et coll., 1977) des responsables de l'attestation. Certains soutiennent que cette tendance à "sous-déclarer" remet en question la validité des comparaisons des taux de suicide d'une administration à l'autre (Atkinson et coll., 1975; Nelson et coll., 1978; Douglas, 1967).

D'autres, cependant, bien que reconnaissant que les suicides sont "sous-déclarés", soutiennent que cet état de choses n'affecte pas pour autant la validité des comparaisons, ni ne masque les différences réelles dans les taux de suicide d'une administration à l'autre (McCarthy et Walsh, 1975; Sainsbury et Barraclough, 1968). Si la validité des comparaisons des taux de suicide entre les provinces ou territoires au Canada fait toujours l'objet d'un débat, il est évident qu'il existe des écarts énormes dans les méthodes d'attestation de décès, or ces écarts limitent la collecte des données pertinentes sur le suicide, qui seraient utiles sur les plans de la prévention, de l'intervention et de la postvention.

Dans certains cas, cependant, la nature du décès est difficile à déterminer. Avant de décider qu'un décès s'est produit par suicide, il faut surtout déduire les intentions de la victime, qui ne peuvent être établies que rétrospectivement. À défaut de preuve permettant de déterminer quelles étaient les intentions du sujet, la mort est jugée accidentelle, et la nature du décès indéterminée. Les "preuves" varient cependant, et cet écart peut dépendre de l'attitude des "responsables" (Farberow et coll., 1977).

On peut adopter essentiellement deux approches pour résoudre le problème d'un décès dont la nature est indéterminée. Il y a d'une part l'approche dite de la "prépondérance des probabilités", où les preuves recueillies sur les lieux, les données psychologiques et physiques révélées par l'autopsie et les résultats des tests de toxicologie sont pesés, avant que la décision concernant la nature la plus probable soit prise.

D'autre part, il y a l'approche axée sur le concept de l'"au-delà du doute raisonnable" : après que les preuves ont été recueillies, on ne conclura pas au décès par suicide à moins de pouvoir le prouver hors de tout doute raisonnable. Et pour certains responsables, il y a presque toujours un doute raisonnable. Un responsable qui hésite à conclure à un décès par suicide adoptera sans doute cette approche ("au-delà de tout doute raisonnable"), alors que celui qui n'est pas aussi réticent optera pour la première approche (la "prépondérance des probabilités"). Toutefois, aussi longtemps que l'on utilisera l'approche du doute raisonnable, bon nombre de suicides ne seront pas déclarés.

Une étude réalisée auprès de 350 coroners ontariens a montré que 33 p. 100 d'entre eux hésitaient à conclure à l'origine suicidaire d'un décès. La principale raison invoquée concernait l'effet psychologique que cette conclusion pourrait avoir sur la famille, les autres facteurs étant l'assurance-vie, la stigmatisation qui frappe les victimes, les conséquences judiciaires possibles et les considérations d'ordre religieux et moral. Trente huit pour cent des coroners ont également admis que, même lorsque le suicide était probable, ils indiqueraient que la cause du décès est indéterminée ou s'abstiendraient tout simplement de préciser les circonstances entourant le décès. Certains coroners (16 p. 100) ont mis en avant l'absence d'une définition satisfaisante du suicide et le manque d'uniformité dans les critères utilisés par les coroners pour déterminer si le décès s'est produit par suicide, d'où un écart inévitable (Syer-Solursh et Wyndowe, 1981).

De l'avis des responsables, on pourrait améliorer l'exactitude des données sur le suicide en changeant les actes de décès de manière à rendre compte du degré de certitude du suicide. Cela permettrait au coroner ou au médecin légiste qui "sait que le décès est volontaire" sans pouvoir le "prouver" de cocher une case indiquant le degré de probabilité du suicide (par exemple : suicide possible, suicide probable). Si un tel changement était apporté, la catégorie "indéterminée" ne servirait que pour les décès dont les causes seraient véritablement indéterminées, non pas, comme c'est souvent le cas maintenant, pour "dissimuler" les suicides probables (Brown, 1975).

Sur les conseils des coroners et médecins légistes, et à la lumière d'une analyse des approches adoptées par les responsables pour déterminer la nature du décès, le groupe de travail a conclu que la décision devrait reposer sur le concept de la "prépondérance des probabilités". Il convient que le recours à cette option pourrait permettre d'atténuer le problème de la "sur-utilisation" de la catégorie "indéterminée" sur les actes de décès et, partant, d'améliorer la fiabilité et la validité des statistiques utilisées à des fins d'éducation et de recherche.

Le groupe de travail soutient que les décès par suicide devraient faire l'objet d'une enquête aussi poussée que les morts accidentelles. En cas de présomption de suicide, il y a lieu de déterminer l'intention de la victime à l'aide des données sociales et psychologiques issues d'une autopsie psychologique. L'uniformisation de la méthode de cueillette des données aurait pour effet non seulement l'amélioration de l'exactitude des actes de décès mais également l'augmentation de la masse de données d'intérêt capital pour la compréhension du suicide. En outre, une telle mesure permettrait aux proches de la victime de parler du suicide sans porter de jugement.

1re recommandation - Les professionnels de la santé mentale de chaque province et territoire qui sont bien informés sur le suicide devraient s'efforcer de mettre au point un mode de classification qui servirait à déterminer la cause et la nature du décès, en appliquant des critères uniformes et objectifs qui indiquent les degrés de probabilité.

IV LA PRÉVENTION, L'INTERVENTION ET LA POSTVENTION : ÉLABORATION D'UNE RÉPONSE AU PROBLÈME

Le modèle d'intervention en cas de crise a été utilisé ici pour élaborer une stratégie efficace de lutte et de prévention en matière de suicide. Les mesures précises que le groupe de travail a retenues pour s'attaquer au problème du suicide ont été réparties selon les trois catégories prévues par ce modèle, à savoir : la prévention, l'intervention et la postvention.

La catégorie de la prévention englobe les mesures susceptibles de réduire la prévalence ou la probabilité du comportement suicidaire. L'objectif consiste à définir les domaines à explorer et les orientations à prendre afin d'exercer une influence positive sur les suicidaires en puissance. Pour les besoins de notre rapport, voici les domaines qui ont été relevés : amélioration des influences sociales, des relations avec les médias et de la sensibilisation du public; diminution de l'accessibilité et de la létalité des moyens; relèvement du niveau des programmes d'éducation et de formation qui s'adressent aux professionnels des soins de santé et aux sentinelles.

La catégorie de l'intervention englobe des séries de méthodes à utiliser pour maîtriser des crises suicidaires. Il peut s'agir de l'élaboration et de l'utilisation de techniques spécialisées en matière d'évaluation et de counseling, ainsi que de l'application de diverses méthodes thérapeutiques permettant d'intervenir dans le processus suicidaire.

La troisième catégorie, à savoir la postvention, désigne les mesures à prendre à la suite d'un suicide consommé. L'objectif ici est double : offrir aux endeuillés des services de counseling et de soutien; concevoir des autopsies psychologiques des suicidés dans le but de recueillir de l'information sur les activités et états présuicidaires. Cette mesure contribue énormément à la compréhension du phénomène par la famille ainsi que par les chercheurs et les pourvoyeurs de soins de santé.

A. Prévention

1. Amélioration des conditions sociales

Ainsi que nous l'avons signalé plus haut, les recherches parues jusqu'ici tendent à montrer que certains phénomènes sociaux influent directement sur la prévalence de la conduite suicidaire. On a noté une corrélation positive entre des conditions et des changements socio-économiques draconiens et l'usage excessif de drogues et de l'alcool, d'une part, et une fréquence accrue du comportement suicidaire, d'autre part. De toute évidence, il n'existe pas de solution rapide ou facile à ces problèmes sociaux fondamentaux. Toutefois, les professionnels de la santé devraient peut-être s'efforcer d'amener les autorités à prendre davantage conscience des preuves convaincantes faisant ressortir un lien très étroit entre les facteurs sociaux et le suicide. Le fait d'admettre qu'un contexte social défavorable peut avoir pour effet une fréquence accrue de suicides peut aider à la mise au point de stratégies plus efficaces pour améliorer ces facteurs.

2. Sensibilisation du public

(i) Amélioration des relations avec les médias

Les médias, c'est bien connu, exercent une influence énorme sur les attitudes, les croyances et le comportement du public. C'est pourquoi, dans le cadre d'un programme de prévention du suicide, il y aurait lieu d'inciter les responsables de la santé mentale et de la santé publique à oeuvrer en étroite collaboration avec les médias. À cet égard, il existe énormément de preuves à l'appui de la théorie voulant que le suicide soit dans bien des cas le produit d'un mimétisme (Pell et Walters, 1982). Il semblerait que la "popularité" de certaines méthodes de suicide ainsi que la probabilité que l'individu vulnérable adoptera une conduite autodestructrice dépendent du rythme auquel les médias rendent compte des suicides et de la façon dont ils le font. D'après les recherches réalisées au Royaume-Uni et aux États-Unis, il y aurait une recrudescence générale et immédiate du suicide dans la zone géographique où s'est produit un suicide qui a fait l'objet de reportages dans les médias. On a également noté un lien direct et positif entre le degré de publicité accordé à l'incident et l'augmentation du taux de suicide (Phillips, 1979).

Un autre argument en faveur de la théorie des suicides par mimétisme réside dans une étude qui fait ressortir un lien étroit entre le nombre de suicides qui se sont produits dans le métro lors d'une vague de suicides qui déferla sur Toronto en 1971 et le nombre de suicides dans le métro à faire l'objet d'un reportage dans les médias entre 1968 et 1973. Voici la conclusion tirée par Littmann :

> Au cours d'une épidémie, la presse devrait reléguer au second plan son devoir d'informer au profit de son rôle de prévention. Elle peut pour ce faire renoncer, au moins temporairement, à son devoir d'informer l'ensemble de la population des cas de suicide. En observant le silence sur la question, elle tient compte de certains individus vulnérables et assure, de ce fait, leur protection (Littmann, 1983) (traduction).

D'autres recherches confirment que les médias, par leurs comptes rendus sur les cas de suicide, influent énormément sur les attitudes des endeuillés et sur l'intensité du deuil vécu par ces derniers. La publicité peut en effet accentuer le chagrin ressenti par ces derniers (en ravivant la tragédie, en incitant aux commérages et en entretenant peut-être la stigmatisation qui frappe le suicide" (Barraclough et Sheppard, 1977).

Afin d'améliorer leurs rapports de travail avec les médias, les responsables de la santé mentale et de la santé publique devraient commencer par se familiariser avec les attitudes existantes et les critères sur lesquels se fondent les médias pour rendre compte d'un cas de suicide. D'après les études faites sur la question, il semblerait que la décision des rédacteurs en chef de journaux canadiens de rendre public un suicide soit régie par les critères suivants : le fait que l'incident se soit produit dans un lieu public; la notoriété de la victime; les répercussions de l'incident sur d'autres gens et le caractère inhabituel de la méthode utilisée (Pell et Walters, 1982).

La plupart des membres des médias s'intéressent vraiment à la question de savoir quelle est la meilleure façon de procéder pour résoudre le dilemme qui existe entre la responsabilité de tenir le public au courant des événements, d'une part, et l'effet "de contagion" ou les attitudes inopportunes à l'égard du suicide, qui peuvent découler de ces reportages. Les médias, il va sans dire, ont le droit de rendre compte des suicides; cependant, ils devraient l'exercer de concert avec les experts en santé mentale de manière à acquérir les compétences voulues pour jouer un rôle en éducation du public, et, conséquemment, en prévention du suicide.

2e recommandation – Les professionnels de la santé mentale qui connaissent bien la question du suicide devraient travailler de concert avec les représentants des médias dans le but d'atténuer les effets négatifs des reportages sur les cas de suicide dans les médias.

(ii) Programmes de sensibilisation du public

Si l'on se fie aux résultats d'un questionnaire que le Comité de direction de l'Association canadienne pour la prévention du suicide (annexe 4) a fait remplir à des gens qui s'intéressent de près ou de loin au suicide, on s'aperçoit que nombreux sont ceux qui admettent la nécessité d'améliorer l'éducation du public. Il y aurait lieu d'inciter les responsables de la santé mentale et de la santé publique ainsi que les médias à regrouper leurs efforts en vue de mettre au point un programme complet d'éducation du public dans le domaine du suicide. Les efforts déployés au Canada et aux États-Unis, par exemple le débat télévisé "Childhood's End", diffusé par T.V. Ontario, et la série de messages d'intérêt public actuellement mis en ondes à la télévision américaine, "Suicide — It Doesn't Have to Happen", devraient être évalués en fonction d'objectifs de programmes précis et selon qu'ils permettent ou non d'atteindre ces objectifs.

Ces programmes devraient avoir pour objet d'atténuer la stigmatisation qui frappe ceux qui cherchent à se faire soigner contre des états dépressifs et suicidaires. Il serait possible de faciliter le traitement de toutes les formes de comportement autodestructeur en incitant les gens à adopter des attitudes positives à l'égard du phénomène. Il faudrait faire en sorte que le suicide soit perçu comme un problème social à régler, et non pas comme une tare à dissimuler. Pour renforcer l'adoption d'une approche positive face au problème, il s'agit de montrer que les idées de suicide sont courantes en période de stress. Il est également important de s'attaquer au stéréotype fréquent dans la population masculine, qui assimile la recherche d'un traitement à un aveu de faiblesse. Étant donné que le dépistage et l'intervention précoces sont déterminants pour la prévention du suicide, les programmes d'éducation du public devraient fournir les éléments d'information concernant les signes avant-coureurs du suicide, les groupes à risque élevé ainsi que les mécanismes d'adaptation et les ressources disponibles en période de crise.

3e recommandation – Les autorités en santé mentale ou publique devraient, de concert avec les médias (par exemple, les conseils de presse), mettre au point des programmes de sensibilisation du public destinés à atténuer la stigmatisation rattachée à la recherche d'un traitement en période de dépression, à informer le public des signes avant-coureurs du suicide et à mettre la société au courant des divers mécanismes d'adaptation pouvant être utiles en période de crise.

3. Réduction de l'accessibilité et de la létalité des moyens

La question de savoir si la suppression des méthodes préférées de suicide diminue la probabilité du comportement suicidaire ou si les suicidaires rechercheront inévitablement d'autres moyens a fait l'objet d'un débat considérable. Comme aucune étude n'a été réalisée sur la question au Canada, on doit se fier à des recherches effectuées à l'étranger, qui militent fortement en faveur d'une stratégie de réduction de l'accessibilité et de la létalité des moyens. Ces études, espérons-le, serviront de modèle à des recherches analogues au Canada.

Plusieurs études ont été réalisées au Royaume-Uni au cours de la période de réduction de la toxicité du gaz à usage domestique (Hassal et Trethowan, 1972 : Kreitman, 1976; Low et coll., 1981; Sainsbury, 1955). Les chercheurs ont montré que l'importante diminution des suicides observée au cours de cette période pourrait s'expliquer entièrement par la diminution des suicides par suite d'une intoxication au gaz à usage domestique (Hassal et Trethowan, 1972). Au cours de cette période de diminution de la toxicité, on a noté une réduction importante des suicides consécutifs à l'inhalation de gaz à usage domestique, dans tous les groupes d'âge, chez les hommes comme chez les femmes, en Grande-Bretagne (Kreitman, 1976).

Il ressort d'une autre étude sur les tendances observées dans les taux de suicide au cours de la période comprise entre 1876 et 1975 que l'accessibilité des agents létaux intervenait pour beaucoup dans les tendances à la baisse des taux de suicide. Bien que les suicides par d'autres moyens aient augmenté avec la diminution de la toxicité du gaz à usage domestique, le taux général de suicide par toutes les méthodes a décliné (Low et coll., 1981). Pour leur part, Sainsbury et ses collaborateurs ont fait valoir que "l'approvisionnement en gaz toxique n'avait aucune répercussion sur le taux général de mortalité par suicide et qu'il y a lieu de prendre en considération d'autres facteurs" (Sainsbury, 1955).

Si l'on ne peut appliquer directement ces études au contexte canadien, il est par contre possible de tirer parti des preuves solides qui y sont mises de l'avant en faveur de la réduction des méthodes de suicide à la fois létales et facilement accessibles au Canada. L'Alberta a déjà pris des initiatives dans ce sens-là. Le groupe d'étude albertain sur le suicide a présenté plusieurs recommandations au sujet de l'accessibilité des doses létales de médicaments qui pourraient facilement s'appliquer dans toutes les régions du Canada.

Voici quelques-unes de ces recommandations :

a) Il faudrait mettre sur pied un système informatisé permettant de surveiller la surprescription de médicaments par les médecins, la recherche de multiples ordonnances et la consultation de plusieurs médecins.

b) Les programmes d'éducation conçus pour les médecins devraient contenir des renseignements sur la dose létale probable de divers médicaments et sur les techniques permettant de réduire la posologie.

c) Les programmes de sensibilisation du public devraient viser à décourager la population d'accumuler des quantités létales de médicaments dans la pharmacie domestique (Boldt, 1976).

Un autre domaine d'intervention possible consisterait peut-être en l'amélioration de la législation régissant les armes à feu. À cet égard, il faudrait tenir compte des recherches réalisées aux États-Unis au sujet du lien entre les méthodes de suicide, d'une part, et la disponibilité d'armes à feu et la législation limitant la possession d'armes à feu, d'autre part. Une étude a montré qu'au cours de la période comprise entre 1962 et 1975, les taux accrus de suicide correspondaient à une hausse considérable de l'importation et de la production interne d'armes à feu. Selon cette étude, l'augmentation du taux général de suicide pouvait s'expliquer presque totalement par l'augmentation des suicides par arme à feu (Boor, 1981). Une autre preuve de la nécessité d'améliorer la législation régissant le contrôle des armes à feu réside dans une étude portant sur le lien entre le degré de contrôle exercé sur la possession de pistolets et le taux de suicide par arme à feu (Lester et Murrell, 1983). De façon générale, cette étude a fait ressortir que les taux de suicide par arme à feu étaient moins élevés dans les États où les lois étaient plus strictes. Les restrictions quant à la vente et à l'acquisition d'armes à feu avaient des répercussions plus grandes que les restrictions concernant le port d'armes à feu. Les résultats ont également fait apparaître que l'amélioration de la législation régissant la possession d'armes à feu avait un effet positif sur la diminution du taux général de suicide en dépit d'une augmentation des suicides par d'autres moyens.

D'après les normes américaines, nous avons ici au Canada, d'assez sévères mesures législatives contre la possession d'armes à feu. À savoir si d'autres mesures législatives sont nécessaires, cela est discutable. Par contre, nous sommes certains que le maintien des présentes mesures législatives est un excellent moyen de prévention.

Enfin, on a montré qu'il existe une corrélation entre le taux de suicide et la restriction de l'accessibilité des "risques attrayants". Une étude sur l'intervention auprès des suicidants ayant choisi le Golden Gate Bridge à San Francisco a montré que l'intervention avait réussi à prévenir le suicide (Seiden, 1978). Les résultats de cette étude militent également en faveur de la théorie voulant que la conduite suicidaire soit essentiellement rattachée à des périodes de crise aiguë et que le fait de limiter l'accès à des méthodes de suicide attrayantes et létales au cours d'une période suicidaire aiguë puisse constituer un moyen de prévention efficace.

Pour conclure, il semblerait que l'accès physique à des méthodes de suicide acceptées représente un facteur suicidogène important et qu'il est possible de réduire le taux de suicide en restreignant l'accès à ces méthodes plus courantes.

4e recommandation – Il faudrait prendre des mesures visant à réduire la létalité et l'accessibilité des instruments de suicide (par exemple, l'application plus sévère des lois régissant la possession d'armes à feu, une surveillance plus étroite de la distribution des médicaments et, dans la mesure du possible, la réduction de l'accessibilité des risques attrayants.

4. Éducation et formation à l'intention des professionnels de la santé et des sentinelles.

Divers groupes qui s'occupent de prévention du suicide ont fait valoir la nécessité d'améliorer l'information et la formation dans le domaine. Étant donné la vaste panoplie de stratégies et la diversité des questions à prendre en considération dans la prévention du suicide, il importe de faire appel à des gens qui possèdent des compétences et des connaissances spécialisées tout aussi diverses. Les groupes étudiés dans ce rapport sont les professionnels de la santé et les "sentinelles", à savoir le clergé, les policiers, les

agents des établissements pénitentiaires et le personnel des établissements d'enseignement.

Les membres du groupe de travail préconisent la mise en commun des efforts des autorités provinciales et de leurs organismes de coordination chargés de l'établissement des programmes éducatifs dans les diverses disciplines, afin de promouvoir des programmes d'information et de formation pluridisciplinaire. En outre, le groupe est d'avis qu'il y aurait lieu de définir des normes minimales concernant les exigences scolaires et cliniques dans les diverses disciplines qui détermineraient les grands axes des futurs programmes d'enseignement. L'accent devrait être mis sur la promotion d'attitudes positives à l'égard du sujet suicidaire ainsi que sur l'acquisition de compétences nécessaires à l'évaluation et au traitement efficaces.

Voici ce qui devrait être exigé du corps médical, selon Sakinofsky :

> Des facteurs sociaux qui dépassent la sphère d'influence du médecin de famille sont à l'oeuvre. Nous subissons passivement les transformations des modes de vie actuels, associées au recul de la famille et de la tradition, et l'on peut même se demander si les autorités publiques ont le pouvoir d'intervenir à ce niveau . . . les médecins peuvent maintenir un haut niveau d'intérêt pour cette grande cause sociale qu'est le suicide et exercer des pressions auprès des autorités publiques pour les inciter à adopter des mesures sociales. Cependant, c'est dans leur cabinet de consultation et dans les salles d'urgence des hôpitaux que leur comportement à titre de médecins de première ligne joue un rôle déterminant dans la prévention du suicide. Il est important qu'ils sachent reconnaître les états dépressifs et les risques de suicide et qu'ils interviennent de façon judicieuse (Sakinofsky 1982) (traduction).

Ainsi que nous l'avons déjà souligné, la recherche indique qu'une forte proportion de suicidés consultent leur médecin de famille dans la période de trois à quatre semaines qui précède l'événement. Dans ces conditions, on peut comprendre à quel point il est important que les médecins possèdent les compétences voulues pour déceler et évaluer les états dépressifs et les comportements suicidaires possibles. La tâche n'est guère aisée, et elle est compliquée par les problèmes concomitants qui masquent souvent la dépression. Étant donné la complexité du travail de détection, d'évaluation et de traitement auprès des patients suicidaires, il faut pouvoir compter sur une grande diversité de compétences dans toutes les professions concernées.

Afin de se prononcer sur l'efficacité des programmes actuels d'information et de formation sur le suicide et la prévention du suicide, le groupe de travail a réalisé des enquêtes dans les facultés des disciplines de la santé pertinentes, notamment les facultés de médecine, de sciences infirmières, de service social et les départements de psychologie.

De manière générale, les enquêtes ont révélé que le niveau d'éducation dans le domaine du suicide était limité dans toutes les disciplines, bien que dans une moindre mesure au niveau des études supérieures. Cet état de choses semblerait rendre compte d'une perception selon laquelle la prise en charge efficace du suicidaire n'exige qu'un minimum de préparation spéciale. Dans bien des programmes, le suicide n'était pas traité comme une matière distincte et était assimilé à la question générale de la dépression.

(i) Les professionnels de la santé

a) Médecine

Il ressort d'une enquête réalisée dans les écoles de médecine que la question du suicide reçoit relativement peu d'attention. Au niveau des études universitaires du premier cycle, le seul contact avec le suicide variait de la simple distribution d'un document sur la question à la conférence donnée par un suicidologue, en passant par l'observation du phénomène au cours de visites rendues dans les salles d'urgence. Au deuxième cycle, le domaine du suicide semblait retenir davantage l'attention, sur le plan du contenu du programme d'enseignement et sur le plan du temps consacré à l'enseignement de la matière. Toutefois, quatre écoles de médecine ont déclaré ne pas faire de place spéciale au suicide dans leur programme d'enseignement. Dans certaines écoles, au niveau des études supérieures, le suicide était abordé sous la forme d'un colloque donné au cours de la première année en guise d'introduction, suivi de séances d'une heure ou deux dans le cadre des travaux dirigés sur les troubles affectifs graves. Dans d'autres écoles, trois colloques étaient consacrés chaque année à l'évaluation et à la prévention du suicide.

b) Sciences infirmières et service social

Une enquête plus complète menée dans les écoles de sciences infirmières et de service social a fait ressortir que dans les deux disciplines le programme d'enseignement était fondé sur les besoins des "groupes à haut risque" suivants : les adolescents, les malades mentaux, les personnes d'âge moyen, les personnes seules, les alcooliques, les toxicomanes et les personnes en difficulté. La formation était axée sur l'intervention et la prévention en matière de suicide, l'accent étant mis sur les compétences nécessaires à la détection et à l'évaluation des risques de suicide. La question du counseling auprès des endeuillés était toutefois reléguée au second plan.

Les écoles de sciences infirmières et, dans une moindre mesure, les écoles de service social ont déclaré que l'éducation et la formation en matière de suicide constituaient une grande priorité, en ce sens qu'elles cherchaient à faire disparaître toute attitude négative existante ou toute appréhension rattachée à la prise en charge du suicidaire et à rehausser le niveau de compétence et d'assurance des professionnels.

Ce sont les écoles de sciences infirmières qui consacraient le plus de temps à l'étude du suicide, temps qu'elles considèrent suffisant. Les écoles de service social, par contre, étaient partagées sur la question de savoir si le temps consacré à la question suffisait. Aucune des deux disciplines n'était unanimement favorable à l'idée de modifier l'orientation de l'éducation et de la formation données dans le domaine du suicide ou de faire appel à des ressources de l'extérieur. Les ressources internes étaient souvent jugées suffisantes.

c) Psychologie

Une enquête moins détaillée menée dans les écoles de psychologie a mis en évidence des divergences de vue sur les questions suivantes : si le temps consacré à l'étude du suicide était suffisant; si cette matière devrait être considérée comme une priorité et si un changement d'orientation des programmes s'imposait. À l'instar des écoles de service social et de sciences infirmières, les écoles de psychologie estimaient avoir sur place les ressources nécessaires pour traiter la question du suicide de manière efficace.

Les résultats de l'enquête réalisée par le comité de direction de l'Association canadienne pour la prévention du suicide mettent eux aussi en évidence le peu de renseignements offerts aux professionnels de la santé dans le domaine du suicide (annexe 4). Autre fait qui ressort de l'enquête : le quart des répondants n'avaient reçu aucune formation précise dans le domaine du suicide, et la majorité des personnes interrogées avaient acquis les quelques connaissances qu'elles possédaient par des études personnelles.

De façon générale, les répondants ont fait ressortir les points suivants :

1. Au niveau du premier cycle, les programmes de formation des professionnels de la santé devraient comprendre au moins un "cours de base" sur la prévention du suicide ainsi que d'autres activités éducatives de façon à ce que les intéressés puissent acquérir un niveau minimal de compétence dans des domaines liés au suicide, par exemple l'évaluation des risques en la matière.
2. L'enseignement des compétences cliniques nécessaires à la prise en charge des suicidaires devrait faire partie intégrante du programme d'études supérieures et de formation pratique de tous les professionnels, les paraprofessionnels et les sentinelles oeuvrant dans le domaine du suicide. Les programmes de formation clinique devraient mettre l'accent sur les problèmes d'ordre moral que pose le travail auprès des personnes à haut risque, autrement dit définir les limites des pouvoirs et des res-

ponsabilités de l'intervenant ainsi que la marche à suivre en cas de suicide consommé.

(ii) Les sentinelles (le clergé, les agents de police, le personnel des établissements pénitentiaires et des établissements d'enseignement)

a) Le clergé

Le clergé joue un rôle de premier plan dans la prévention du suicide. Souvent, les suicidaires se sentent moins menacés par les membres du clergé que par d'autres professionnels, et font souvent appel à eux en période de difficulté. C'est pourquoi, il importe que tous les membres du clergé possèdent les connaissances et la formation voulues pour bien réagir face aux suicidaires et qu'ils soient préparés à assumer cette tâche difficile qui est d'offrir des conseils aux endeuillés.

Au terme d'une analyse du contenu du programme d'enseignement de base de plusieurs écoles de théologie et de centres de formation ecclésiastique, le groupe de travail a conclu que l'éducation et la formation offertes dans le domaine du suicide étaient loin d'être une priorité. De façon générale, le contact avec le phénomène du suicide et du deuil se produisait soit indirectement, par le biais de cours sur la mort et l'agonie, ou par des stages pratiques où l'étudiant était appelé à s'occuper directement de prévention du suicide.

b) Les agents de police

Les agents de police sont souvent les premiers à intervenir auprès des individus qui souffrent de troubles émotionnels ou mentaux graves, qui dans certains cas peuvent être suicidaires. C'est pourquoi, il faut qu'ils soient préparés, de par leur formation et leur orientation, à venir à bout des comportements anormaux le plus rapidement et le plus efficacement possible, et par tous les moyens. Selon Peck, l'intervention auprès du suicidaire commande une formation spécialisée :

> Étant donné que les suicidaires et les personnes perturbées sur le plan émotif ne réagissent souvent pas de manière prévisible, c'est-à-dire comme le sujet type auquel a affaire l'agent de police, ce dernier obtient bien moins de succès dans ces cas, en faisant appel à des techniques traditionnellement prônées par la police (Peck, 1969) (traduction).

Avec la décriminalisation des tentatives de suicide au Canada en 1972, on a observé un changement d'attitude des agents de police vis-à-vis des suicidaires. Nombreux sont ceux qui admettent ne pas attacher énormément d'importance à ce genre de situation, estimant que leur rôle consiste essentiellement à "faire régner la paix" ou à dispenser des "services sociaux", plutôt qu'à faire respecter la loi. Toutefois, on fait souvent appel à eux étant donné qu'ils sont habilités, en vertu des lois provinciales de la santé mentale, à conduire un malade mental traversant une crise aiguë à un établissement psychiatrique. Beaucoup d'agents de police se sentent mal à l'aise lorsqu'ils sont appelés à exercer ce pouvoir, étant donné leur manque de préparation dans le domaine psychiatrique.

Voici ce que dit le guide de formation des policiers de la province de l'Ontario sur le suicide (Ontario Provincial Police Training Manual on Suicide, 1981) :

> . . . les policiers sont très souvent appelés à intervenir dans des cas de suicide ou de tentative de suicide. Ces situations de crise commandent une enquête approfondie et, dans certains cas, une intervention énergique. Il peut arriver que la vie d'autres personnes soit menacée et que cela aboutisse à des poursuites devant les tribunaux (traduction).

Les forces de police de l'Ontario ont insisté sur la nécessité d'offrir aux agents de police des programmes d'éducation et de formation spécialisés afin de leur permettre d'intervenir efficacement auprès des suicidants ainsi qu'auprès des endeuillés. Certains services de police ont entrepris d'améliorer la formation des membres de leur personnel qui sont appelés à intervenir dans certaines situations de crise. Il existe maintenant dans certaines administrations des programmes obligatoires de formation en relations humaines et en intervention d'urgence. Divers sujets sont abordés dans le cadre de ces programmes, par exemple : comment assurer la sécurité du suicidaire; l'évaluation des risques suicidaires immédiats; l'amélioration des techniques de communication; les exigences des lois sur la santé mentale, concernant le rôle des forces de police dans une situation d'urgence d'origine suicidaire et l'orientation vers les organismes de services sociaux et de santé mentale communautaire. En outre, étant donné l'énorme volume d'appels reçus par la police concernant les cas de suicide, on a procédé à un important remaniement des ressources internes dont le niveau a été relevé en vue d'assurer une intervention plus efficace.

À London, en Ontario, un programme spécial fondé sur la mise en commun des efforts des autorités policières et des organismes de santé communautaire a été mis sur pied. Voici ce que dit l'Ontario Council of Health à propos de ce modèle :

> Le Service de counseling aux familles, mis sur pied par les forces de police de London de concert avec le département de psychologie de l'Université Western Ontario, est une équipe réputée d'intervention d'urgence fondée sur la collaboration entre les autorités policières et les citoyens. Le service est très apprécié de la police puisqu'il lui permet de consacrer moins de temps aux situations de crise d'origine familiale. Le fait de venir en aide à une famille diminue la probabilité d'un deuxième appel. Le policier qui s'est occupé du cas est tenu au courant de la situation, ce qui lui permet de suivre le déroulement de l'affaire. Avant l'introduction du programme de counseling auprès des familles, seuls 27,5 p. 100 des agents de police faisaient appel aux organismes de services sociaux; à l'heure actuelle, 88 p. 100 renvoient régulièrement les cas aux conseillers familiaux (Ontario Council of Health, 1979) (traduction).

Les services de police des grandes agglomérations urbaines ont également constitué des équipes spécialisées d'intervention d'urgence à l'image des équipes américaines (SWAT). Les programmes de formation conçus pour ces équipes comprennent des cours sur les négociations en cas de prise d'otage, où il est question de techniques de counseling et de négociation hautement perfectionnées, à utiliser auprès d'individus qui sont généralement en possession d'armes meurtrières et souvent à risque suicidaire.

À la Gendarmerie royale du Canada, la formation en matière de prévention du suicide se fait dans le cadre de deux séances obligatoires de 75 heures qui font partie du programme de formation de base des recrues. L'une porte sur le comportement humain appliqué et l'intervention policière, l'autre sur les détenus et les malades mentaux, et permet d'inculquer à l'agent les aptitudes spéciales nécessaires à la prise en charge des détenus et des malades mentaux.

Il faudrait noter que si les agents de police ont souvent affaire à des individus suicidaires, ils sont eux-mêmes un groupe à risque. En effet, on a noté une augmentation constante du comportement suicidaire parmi les agents de police. Le groupe de travail a ainsi découvert que huit agents de police de Montréal et trois de Toronto se sont suicidés entre 1981 et 1984, et sont d'avis que d'autres cas n'ont sans doute pas été signalés. Ce problème pourrait être abordé dans le cadre des programmes d'éducation sur le suicide. Voici comment Peck explique ce phénomène troublant :

> Contrairement à la croyance populaire, la plupart des agents de police ne sont pas des êtres téméraires ou qui n'hésitent pas à braver la mort. Comme tout un chacun, ils appréhendent de se trouver dans des situations dangereuses et imprévisibles. Souvent, cependant, ils tendent à masquer et à nier cette crainte et beaucoup en arrivent à éprouver une anxiété névrotique grave. C'est l'effet conjugué de cette vie stressante et anxiogène, d'une part, et de la nécessité de le nier, d'autre part, qui explique sans doute que le taux de suicide soit plus élevé dans les forces policières en général que dans la plupart des groupes professionnels (Peck, 1969) (traduction).

c) Le personnel des établissements pénitentiaires

Le personnel des établissements pénitentiaires est très conscient du problème du suicide, et il est révélateur que dans le Service correctionnel du Canada (S.C.C.), chaque geste suicidaire soit pris au sérieux. Le programme de formation du personnel comprend donc un film réalisé par l'Office national du film de concert avec le S.C.C., intitulé "I Was Dying Anyway – Signs of Suicide". Il comprend aussi d'autre matériel livré sous la forme d'un guide du moniteur, avec des feuilles de travail et de la documentation sur le film, de façon à constituer une séance de formation de quatre à cinq heures.

Depuis la publication en août 1981 de la grande étude du S.C.C., l'accent a été mis sur la mise à contribution de tout le personnel dans le programme de formation concernant la prévention du suicide, et des programmes nationaux ont été élaborés de concert avec des psychologues et des médecins en vue de familiariser le personnel des établissements pénitentiaires avec les indices possibles de l'automutilation ou du comportement suicidaire. En effet, en décembre 1984, 1000 membres du personnel du S.C.C. ont suivi un programme de formation en prévention du suicide mis au point par les professionnels de la santé mentale de l'Alberta.

d) Le personnel des établissements scolaires

En raison du contact quotidien très étroit qu'ils ont avec les élèves, les enseignants, les conseillers en orientation et d'autres membres du personnel des établissements scolaires exercent une influence directe et puissante sur la vie des élèves à risque suicidaire. Les élèves en difficulté présentent souvent aux enseignants ou aux conseillers en orientation des idées de suicide sans équivoque, ou des indices indirects par des thèmes suicidaires évoqués dans leurs travaux écrits. S'il adoptait les attitudes justes et possédait les compétences appropriées, le personnel des établissements scolaires pourrait jouer un rôle vital dans la prévention du suicide.

De façon générale, les enseignants se sentent mal à l'aise dans leurs contacts avec l'élève suicidaire, refusant de discuter ouvertement du suicide avec l'intéressé (Ross, 1980). Cette réticence à admettre la possibilité du suicide doit faire place à une volonté de discuter des idées suicidaires avec l'élève, ce qui constituerait un énorme pas en avant dans la prévention de la conduite suicidaire.

D'un bout à l'autre du Canada, plusieurs conseils scolaires reconnaissent la nécessité d'offrir aux enseignants les programmes d'éducation et de formation visant à les familiariser avec les symptômes de la dépression et leur lien avec la conduite suicidaire éventuelle. De l'avis de certains, les programmes devraient permettre aux intéressés d'acquérir les compétences voulues dans la détection, l'évaluation et l'intervention en cas de comportement suicidaire, et leur indiquer quelles sont les démarches à suivre lorsqu'il faut faire appel à des organismes psychiatriques et de santé mentale. Les programmes d'éducation et de formation devraient être conçus de façon à rendre les enseignants à l'aise dans la prise en charge de l'étudiant suicidaire sans toutefois leur inculquer un sentiment de responsabilité totale.

Le programme d'éducation québécois à l'intention du personnel des établissements scolaires et des élèves, proposé par Plamondon et Dionne (1977), pourrait servir de modèle aux autres programmes. Il expose quelques étapes simples à suivre, qui peuvent aider à la détection des risques de suicide, à l'évaluation et à la prévention (annexe 5). Le module sur le suicide mis au point par le conseil scolaire de Hamilton, qui doit bientôt être mis à l'essai, constitue un autre modèle intéressant.

Le groupe de travail propose que les programmes d'information et de formation se situent à deux niveaux : à l'échelon provincial, où les techniques d'évaluation et de détection des risques de suicide devraient être intégrées au programme d'enseignement de base des enseignants; et à l'échelle locale, dans le cadre des programmes de perfectionnement, et où l'on informerait les enseignants des politiques et pratiques admises par les autorités scolaires en matière de suicide, ainsi que des moyens de faire appel aux organismes d'orientation disponibles dans la collectivité (voir annexe 10).

5e recommandation – Les gouvernements devraient fournir de l'aide (par exemple aux universités et aux collèges) afin de permettre l'établissement de programmes d'éducation et de formation interdisciplinaires qui s'adresseraient aux diverses disciplines concernées (par exemple, les professionnels de la santé et les sentinelles) afin d'accroître leur compétence dans leur travail auprès des suicidaires.

6e recommandation – Compte tenu de la série unique de problèmes inhérents au service pénitentiaire, il y aurait lieu de prévoir des ateliers de formation en prévention du suicide pour tous les agents des établissements pénitentiaires ainsi que pour les policiers qui oeuvrent dans les établissements de détention préventive dans toutes les administrations.

7e recommandation – Les questions relatives au suicide qui préoccupent particulièrement certaines disciplines ou certains groupes devraient être abordées dans d'autres instruments de formation élaborés par le groupe concerné (par exemple les médecins, le clergé, le corps enseignant).

8e recommandation – Les enseignants devraient être renseignés, soit dans le cadre du programme de formation initial ou d'un programme de perfectionnement, sur les techniques de détection et d'évaluation des risques suicidaires chez les élèves, ainsi que sur les services de counseling offerts dans la collectivité.

B. INTERVENTION

Les stratégies et services d'intervention visent à interrompre le processus suicidaire chez ceux qui expriment des idées de suicide, menacent de passer à l'acte ou adoptent des comportements volontairement autodestructeurs. Dans son énoncé d'objectifs, le groupe de travail déclare vouloir "porter une attention particulière aux études d'évaluation des programmes existants". Cet objectif s'est révélé irréalisable, car un très petit nombre de programmes canadiens de prévention ou d'intervention à l'intention des suicidaires ont fait l'objet d'un examen rigoureux. Les études d'évaluation effectuées étaient ou déficientes sur le plan méthodologique ou s'appuyaient sur des systèmes de collecte de données qui ne permettaient pas de comparer les divers services entre eux en raison des différences dans la définition des types de comportements, la sélection et la mesure des variables et le choix des mesures des résultats. Malheureusement, le groupe de travail ne disposait pas des fonds nécessaires pour commander des études d'évaluation indépendantes. Les "programmes modèles" cités ont donc été choisis à cause de certains facteurs jugés pertinents comme l'acceptation par la collectivité, la grande satisfaction apparente des clients et l'expérience antérieure positive avec d'autres organismes à l'intérieur des divers réseaux d'intervention.

Au nombre des réseaux chargés de fournir des services d'intervention figurent le réseau médico-psychiatrique et le réseau des services sociaux. En outre, des groupes de sentinelles jouent un rôle d'intervenant "de facto".

1. Réseau médico-psychiatrique

Parmi les professionnels à l'intérieur du réseau médico-psychiatrique qui traitent le plus souvent des personnes suicidaires, on retrouve surtout des travailleurs de la santé — psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux en milieu psychiatrique, infirmières psychiatriques et suicidologues. Ces professionnels sont reconnus comme les mieux à même de repérer et de prendre en charge les personnes "à risque" en raison de leur compétence pour traiter les états dépressifs graves, les états psychotiques et d'autres troubles du comportement fréquemment associés au risque suicidaire. Les spécialistes en suicidologie, en particulier, ont reçu une bonne formation en évaluation des risques et en traitement des cas à risque. En outre, les médecins de famille, les infirmières hygiénistes et les coroners dispensent des services médicaux, et parfois des services d'intervention aux personnes suicidaires.

On ignore le nombre de suicidaires traités dans le réseau médico-psychiatrique. Le comportement suicidaire n'est pas habituellement indiqué comme le principal trouble lors de l'admission à l'hôpital. Il peut même ne pas faire partie des troubles répertoriés dans la classification officielle des diagnostics utilisée par un hôpital ou un service donné. Tous les praticiens dans le domaine de la santé mentale travaillent à des degrés divers avec des individus à risque suicidaire, ce qui devrait se refléter dans la formation et la préparation des professionnels dans les diverses disciplines concernées.

Des services spécialisés d'intervention en cas de suicide ont été mis sur pied principalement dans les grands centres urbains, souvent grâce aux efforts d'un seul professionnel de la santé qui a réussi à convaincre les autorités locales de la nécessité d'un tel service. Ces programmes sont généralement considérés comme novateurs et ont souvent attiré du personnel dévoué et très compétent. Les programmes hospitaliers suivants devraient servir de modèles aux fins de l'évaluation et de la recherche : S.A.F.E.R. à Vancouver, la *Crisis Intervention Unit* du *Toronto East General Hospital* et la *Liaison Unit* du *St. Joseph Hospital* à Hamilton (annexe 6).

(i) Services hospitaliers

Chez les suicidants, le risque de récidive est très élevé. Il est plus facile d'intervenir auprès de ceux qui sont hospitalisés étant donné qu'ils sont reconnaissables et qu'ils peuvent recevoir des soins et des traitements directs.

a) Traitement en salle d'urgence

La plupart des individus hospitalisés pour des blessures volontaires sont tout d'abord traités dans le service d'urgence d'un hôpital général. Un hôpital général qui dispose d'une unité psychiatrique devrait donc être prêt à fournir des services psychiatriques d'urgence. En fait, l'hôpital général est peut-être le mieux placé pour traiter les blessures volontaires parce qu'il peut dispenser des services médicaux et chirurgicaux et dispose des compétences nécessaires en psychiatrie pour effectuer une évaluation approfondie du malade et lui offrir tout l'éventail de traitements dont celui-ci a besoin.

Des études portant sur les admissions aux salles d'urgence des hôpitaux généraux ont montré que de 2,5 p. 100 (Watson, 1969) à 30 p. 100 (Silbert, 1964) de tous les malades souffrent de troubles psychiatriques. Une étude a révélé que 10 p. 100 des services psychiatriques d'urgence dans un hôpital général étaient dispensés à des malades qui affichaient un type quelconque de comportement suicidaire, qui avaient déjà tenté de se suicider ou avaient menacé de le faire, ou encore qui entretenaient des idées de suicide lors de leur admission (Syer-Solursh et Streiner, 1985).

Le groupe de travail a constaté que les hôpitaux canadiens n'avaient pas de normes de soins établies pour les malades suicidaires admis en salle d'urgence, qu'il n'existait qu'un petit nombre de protocoles préliminaires et que les recherches dans ce domaine étaient rares, voire inexistantes. Les suicidaires admis en salle d'urgence d'un hôpital général ne reçoivent souvent des traitements que pour leurs troubles médicaux. Si leur vie est sérieusement en danger, ils recevront immédiatement des soins médicaux. Si toutefois la blessure volontaire n'est pas considérée comme potentiellement létale ou, pis encore, comme un simple "geste", le traitement peut alors prendre une forme très différente. Bon nombre de suicidants dont la vie ne semble pas vraiment compromise obtiennent leur congé de la salle d'urgence sans recevoir de suivi. Un omnipraticien leur est habituellement assigné et, dans la plupart des cas, il décide seul si le malade devrait recevoir une consultation psychiatrique. Cette décision sera influencée par certains facteurs, comme la présence dans l'établissement d'un psychiatre ou d'un résident en psychiatrie, le nombre d'urgences médicales "véritables" requérant elles aussi l'attention du médecin et l'attitude personnelle du médecin à l'égard des malades mentaux en général et des suicidaires en particulier.

Le traitement efficace de la personne suicidaire devrait débuter le plus tôt possible après la tentative de suicide, idéalement dans la salle d'urgence de l'hôpital immédiatement après la réanimation de la victime, pour au moins deux raisons. Premièrement, l'individu qui a raté son suicide fait face à des circonstances tout à fait nouvelles: la charge affective qui s'était accumulée jusqu'à la tentative de suicide a été libérée lors du passage à l'acte. De plus, l'individu a été transféré physiquement de la scène du suicide à la salle d'urgence. Comme le souligne Pretzel :

> . . . ce type de changement a pour effet de briser le cercle des pensées autodestructrices du patient. Il est au point où il doit prendre une décision et peut se poser l'importante question suivante : "Maintenant, qu'est-ce que je fais?" Livré à lui-même, le suicidaire peut reprendre le fil de ses réflexions qui l'ont mené à sa tentative de suicide. C'est donc la période la plus importante pour une intervention thérapeutique efficace, c'est-à-dire pour une sensibilisation du malade à l'idée qu'il existe des solutions de rechange au suicide. En second lieu, tout de suite après une tentative de suicide, le malade est particulièrement vulnérable. Sans projet et n'ayant pas le temps de se forger d'autres mécanismes de défense, le suicidaire risque d'être plus réceptif que d'habitude à l'intervention d'un "ami". Une personne digne de confiance et avec laquelle le malade peut établir une relation personnelle peut jouer durant cette période un rôle très efficace et utile comme agent de changement (Pretzel, 1972) (traduction).

Les membres du personnel médical des services d'urgence sont habituellement des agents de changement moins efficaces que les membres d'une équipe psychiatrique d'urgence ou d'un service d'intervention en cas de crise qui exercent les fonctions de consultants auprès d'une équipe médicale. Plusieurs

hôpitaux canadiens ont mis à l'essai la formule de l'équipe multidisciplinaire d'urgence ou d'intervention en cas de suicide. Certains services ont inclus dans leur équipe d'urgence des bénévoles non professionnels ou des paraprofessionnels ayant reçu une formation préalable (Syer-Solursh et Streiner, 1985). Voici comment Voineskos décrit une équipe multidisciplinaire efficace :

> Une équipe médico-psychosociale . . . composée de professionnels de différentes disciplines ou d'au moins un psychiatre, un travailleur social et une infirmière. Cette équipe constitue le noyau fonctionnel d'un service psychiatrique d'urgence, en particulier d'un service axé sur l'intervention en cas de crise. L'équipe tirera parti des talents et des compétences professionnelles complémentaires de chacun de ses membres (Voineskos, 1975) (traduction).

Une évaluation d'un service d'urgence d'une seule séance dispensé par des professionnels dans la salle d'urgence d'un hôpital communautaire a montré qu'une intervention opportune par des paraprofessionnels avait des effets bénéfiques durables pour certains problèmes. Les conseillers des services d'urgence ont été décrits dans cette étude comme "utiles" ou "très utiles" par 81 p. 100 des clients, qui avaient sollicité leur aide pour régler divers problèmes, dont une tendance suicidaire (Getz et coll., 1975).

Black et Pond ont passé en revue les études d'évaluation visant à mesurer l'efficacité des professionnels autres que les psychiatres qui ont reçu la formation requise pour évaluer les patients suicidaires; ils ont constaté que ces professionnels (infirmières, travailleurs sociaux et médecins) étaient aussi capables que les psychiatres d'appliquer des techniques d'intervention en cas de suicide (Black et Pond, 1980). Pour ce qui est des questions de responsabilité médico-légale, il importe toutefois qu'un psychiatre dispense des services de consultation.

Une équipe efficace devrait compter un nombre suffisant de membres pour pouvoir fournir aux malades en salle d'urgence des services vingt-quatre sur vingt-quatre, sept jours sur sept, et ses bureaux devraient être situés à l'intérieur ou à proximité du service des urgences.

Le temps joue un rôle important dans les urgences psychiatriques, en particulier lorsqu'il s'agit d'une tentative de suicide. Voineskos explique que :

> L'intervention doit être brève. Toutes les activités thérapeutiques sont limitées par le caractère ponctuel et urgent de la crise. Tous les aspects du traitement, tels que l'évaluation, l'intervention et la cessation, doivent se dérouler à l'intérieur d'un intervalle limité (Voineskos, 1975) (traduction).

Conséquemment, l'*American Psychiatric Association* et coll. (1978) a recommandé "qu'aucun malade mental ne demeure dans un service d'urgence plus de dix-huit heures". Afin de tirer le meilleur parti du temps disponible, on devrait essayer d'obtenir le plus de renseignements possible lors de l'entrevue initiale avec le malade dans la salle d'urgence de façon à pouvoir définir le(s) problème(s), déterminer le résultat souhaité et établir certaines modalités possibles de traitement. Les membres de la famille et d'autres personnes disponibles concernées par cette crise (par exemple la police, les amis) devraient être interrogées, de préférence en l'absence du malade. Du fait que bien des suicidants peuvent avoir un comportement violent ou gravement perturbé, il est souvent préférable d'effectuer l'évaluation initiale dans une partie de la salle d'urgence où le malade peut être isolé ou même immobilisé temporairement.

Dans son rapport, l'A.P.A. (1978) recommande également que des protocoles écrits soient disponibles pour "les types prévus de problèmes présentés par la clientèle"; les soins d'urgence seraient plus efficaces, selon elle, si l'on tenait compte de "l'origine ethnique et de la langue d'usage de la clientèle". Elle souhaitait de plus la mise sur pied d'un système standardisé de tenue des dossiers où seraient incluses les caractéristiques psychologiques de chaque cas.

Les membres du groupe de travail conviennent que l'application de telles mesures au Canada mérite d'être étudiée.

De nombreux facteurs influent sur les modalités de prise en charge des suicidaires admis d'urgence. Chose surprenante, de nombreuses études ont montré que le diagnostic initial n'est pas le facteur capital; divers aspects du programme subséquent de modification du comportement sont plus importants. Par exemple, les exigences des membres de la famille (Schwartz et Field, 1969) et les problèmes linguistiques, qui influent sur les risques perçus (Baxter et coll., 1968), jouent un rôle déterminant dans le choix de la suite à donner. On recommande par conséquent que des critères standard soient établis pour servir de guide lors des admissions dans les hôpitaux.

La mise sur pied d'une "unité de transit" ou d'un service d'hospitalisation de courte durée permettrait une évaluation plus approfondie des clients, si besoin est, et pourrait servir d'étape intermédiaire entre l'intervention d'urgence et les mesures de suivi négociées avec d'autres services à l'intérieur de l'hôpital ou avec un organisme communautaire.

9e recommandation – Une évaluation immédiate par du personnel ayant reçu une formation appropriée devrait être exigée pour tout individu à risque suicidaire admis dans une salle d'urgence d'un hôpital général.

10e recommandation – Si les ressources le permettent, on devrait mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pour les urgences psychiatriques et envisager la participation de bénévoles ayant reçu une formation pertinente.

11e recommandation – On devrait encourager l'équipe psychiatrique d'urgence à communiquer efficacement avec d'autres services de santé mentale dans la collectivité, de même qu'avec la police et les services-secours.

12e recommandation – Une personne suicidaire hospitalisée dans une unité médicale ou chirurgicale devrait être évaluée le plus tôt possible après son admission par du personnel ayant reçu une formation appropriée.

b) Services psychiatriques d'hospitalisation et de consultation externe

En général, les professionnels qui travaillent dans les unités d'hospitalisation et de consultation externe distinguent trois étapes dans la prise en charge des malades suicidaires : la phase aiguë, le traitement et le rétablissement.

La phase aiguë désigne la période de la crise suicidaire où le patient court le plus grand risque. Il convient d'effectuer une évaluation psychiatrique le plus tôt possible en vue d'établir le niveau de risque dans l'immédiat. La situation pouvant comporter des dangers et être parfois explosive, il faut prendre des mesures pour assurer la sécurité et la protection du malade.

La phase de traitement marque le début de la période d'adaptation où des comportements autres que le suicide deviennent possibles. C'est l'occasion pour le professionnel d'établir des objectifs et des stratégies thérapeutiques.

La phase de rétablissement renvoie au stade final du traitement où le patient peut acquérir les habiletés nécessaires pour faire face aux nombreux stress qui ont contribué en premier lieu au comportement suicidaire.

Services de consultation externe

Si l'on estime que le risque suicidaire n'est pas trop élevé et si les systèmes de soutien nécessaires sont en place, tels la famille et les amis, le patient suicidaire est adressé au service de consultation externe pour le suivi. Malheureusement, de nombreuses études font ressortir le faible degré d'observance du régime thérapeutique chez les sujets suicidaires orientés vers les services de consultation externe. On a fait état par exemple d'un taux d'abandon d'environ 50 p. 100 (Kreitman, 1977).

Selon le *British Office of Health Economics*, cette piètre observance peut être due à "la honte rattachée à la fréquentation d'un service de consultation externe en psychiatrie", ou au fait que "les patients préfèrent être suivis en consultation externe par le même psychiatre que durant leur hospitalisation" (Office of Health Economics, Angleterre, 1981).

Les stratégies suivantes ont été proposées pour accroître le degré d'observance du régime thérapeutique chez les consultants externes suicidaires :

- l'orientation devrait être discutée et négociée lors de l'entrevue initiale;
- il faut absolument identifier le thérapeute et la source de l'orientation;
- il ne devrait y avoir qu'une période minimale d'attente avant le premier rendez-vous;
- il faudrait faire une évaluation systématique et continue du succès des orientations;
- la continuité du traitement des patients suicidaires devrait être assurée par une communication efficace entre les organismes concernés, et
- une nouvelle prise de contact avec les patients après une première entrevue pourrait servir de rappel ou permettre de fixer un nouveau rendez-vous.

Toutes ces stratégies pourraient également être appliquées dans la salle d'urgence.

Services d'hospitalisation

Si le risque suicidaire est considéré comme élevé, le malade est orienté vers les services d'hospitalisation où des mesures de précaution sont prises. Il peut ne pas être nécessaire d'hospitaliser les patients pour une longue période. Les suicidaires ne demeurent habituellement dans les services d'intervention d'urgence destinés aux malades hospitalisés que de trois à cinq jours, c'est-à-dire le temps nécessaire pour atteindre les objectifs suivants :

- terminer l'évaluation des cas qui ne pourraient être évalués en profondeur dans le service d'urgence;
- stabiliser l'état de la personne à l'aide de médicaments ou d'autres formes d'intervention physique de sorte que le traitement puisse commencer;
- retirer temporairement une personne vulnérable d'un milieu familial très stressant et de plus en plus perturbé;
- prendre toutes les dispositions nécessaires chaque fois qu'un patient requiert une hospitalisation plus longue ou un autre type de traitement en établissement;
- faire participer si possible les membres de la famille, les amis intimes, le médecin de famille et toute personne en mesure de fournir d'autres renseignements pouvant expliquer l'acte suicidaire;
- planifier le programme de traitement en postcure du malade.

Il n'existe bien sûr aucune mesure absolue de prévention du suicide chez les malades. Les taux de suicide se sont démontrés plus élevés chez les malades et les anciens malades mentaux : chez les hommes et les femmes actuellement hospitalisés, les taux sont respectivement 1,6 et 2,4 fois plus élevés que dans la population générale, et chez les anciens patients ils sont 3,7 et 8,5 fois plus élevés. Ce sont les malades atteints d'une psychose dépressive qui sont les plus à risque; on observe de plus dans ce groupe la plus forte augmentation du taux de suicide. En général, les études ont montré que le taux de suicide chez les malades mentaux varie entre 99 et 380 pour 100 000 comparativement à 12 pour 100 000 dans l'ensemble de la population, le groupe des 45 à 54 ans étant le plus durement touché (Wilson, 1968; Achté et coll., 1966).

Les recherches ont également révélé que les malades hospitalisés qui ont été évalués au départ comme étant à haut risque suicidaire à cause de leurs antécédents de conduites suicidaires et de leurs intentions suicidaires explicites tentaient moins fréquemment de se suicider et le faisaient rarement à l'hôpital. Voici quelques-unes des caractéristiques psychosociales communes à ce type de sujet :

- capacité de planifier assez bonne,
- sociabilité,
- indolence,
- tendance à la passivité.

Le malade hospitalisé qui se suicide à l'hôpital présente les traits suivants :

- schizophrénie ou maladie chronique souvent diagnostiquée;
- aucune indication apparente d'une intention de se suicider au moment de l'admission;
- énergie;
- confusion;
- incapacité de planifier;
- absence d'inhibitions sur le plan moral eu égard au suicide;
- humeur dépressive;
- isolement social;
- résistance au traitement;
- absence de relations thérapeutiques personnalisées;
- glorification de la mort; et
- perception de la souffrance comme le fondement de leur expérience affective.

En général, 50 p. 100 des individus qui se sont suicidés à l'hôpital avaient déjà tenté plusieurs fois de s'enlever la vie pendant leur hospitalisation; 33 p. 100 cependant ne présentaient aucun signe de comportement suicidaire. De plus, seulement 33 p. 100 étaient suivis personnellement par un thérapeute (Chapman, 1965; Levy et Southcomb, 1953).

Il n'existe qu'un très petit nombre d'études prospectives systématiques de contrôle portant sur une longue période qui évaluent les avantages de diverses techniques thérapeutiques utilisées auprès des suicidaires dans les services hospitaliers d'urgence. Toutefois, une étude contrôlée de sujets répartis de façon aléatoire en deux groupes – "étude de contrôle" et programmes "normaux" de traitement – a mis en évidence une diminution importante des tentatives de suicide de même qu'une consommation excessive d'alcool et une réduction non significative de l'abus de drogue dans le groupe de traitement faisant partie de l'"étude de contrôle". L'objet de ce programme expérimental de contrôle était d'encourager des contacts fréquents avec le patient après sa sortie de l'hôpital, alors qu'aucun suivi n'a été effectué dans le cas du programme "normal" de traitement (Wela, 1977). Ces résultats soulignent la nécessité d'établir des programmes plus étendus de traitement en postcure à l'intention des suicidaires, qui seraient mis en oeuvre par les services psychiatriques de l'hôpital.

La détermination des facteurs suicidogènes chez les malades mentaux ayant obtenu leur congé de l'hôpital est une tâche plus complexe. Les recherches révèlent que des facteurs différents influent sur le comportement suicidaire des malades mentaux ayant quitté l'hôpital ou les malades hospitalisés en congé autorisé, ces facteurs étant issus du milieu du patient avant l'hospitalisation. Cette conclusion s'appuie sur le fait que les patients ayant des idées de suicide au moment de leur admission réagissaient habituellement mieux et plus rapidement au traitement et que tout comportement suicidaire observé lors de leur congé ne pouvait s'expliquer que par leur retour dans leur ancien milieu stressant, caractérisé par une absence de soutien (Biesser et Blanchette, 1961). À la lumière de ces résultats, on devrait examiner soigneusement les facteurs suivants, caractéristiques des malades à risque suicidaire en congé :

- tentative antérieure de suicide au moins six mois avant l'admission;
- tentative ou velléité de suicide durant l'hospitalisation; et
- retour pour la première ou la deuxième fois dans le même milieu pathogène.

Selon une étude, le suicide chez les malades en congé prolongé est fréquent, le taux déclaré étant de 177 pour 100 000 dans la population étudiée. On y énumère de plus les facteurs qui distinguent les malades hospitalisés qui se suicident de ceux qui n'ont pas de tendances suicidaires :

- problèmes de santé dans les six mois précédant le décès;
- perte réelle, imminente ou imaginée au cours des six mois qui ont précédé;
- antécédents de menaces de suicide;
- tentatives antérieures de suicide;
- durée d'hospitalisation généralement plus courte (Bolin, 1968).

Le fort taux de suicide chez les malades mentaux en congé – qui est beaucoup plus élevé que dans l'ensemble de la population psychiatrique hospitalisée – a amené plusieurs chercheurs à se pencher sur le problème. Des études ont permis d'estimer la probabilité de suicide chez les malades mentaux hospitalisés à 3,1 p. 100 pour les hommes et à 1,5 p. 100 pour les femmes; la fréquence de suicide chez les anciens malades serait cependant 4 fois plus élevée chez les hommes et 9 fois plus élevée chez les femmes (James et Levin, 1964). Les malades en congé qui ont déjà souffert d'alcoolisme, d'une psychose affective, d'une névrose dépressive ou de schizophrénie diagnostiqués constituent un groupe à haut risque suicidaire. En outre, la proportion d'hommes et

de femmes chez les anciens malades qui se suicident était égale, alors que dans l'ensemble de la population, le rapport est de 3 hommes pour 1 femme (Kraft et Babigian, 1976). Selon d'autres études, les comportements violents, les antécédents de blessures volontaires, la rupture des relations conjugales causée par la perte du conjoint, la séparation ou le divorce sont plus fréquents chez les anciens malades qui se suicident que chez les anciens malades non suicidaires (Myers et Neal, 1978).

Attitude du personnel du service

La survenue d'un suicide ou d'une tentative de suicide en milieu hospitalier remet en question la philosophie du traitement des malades suicidaires. En salle commune, il fait ressortir un paradoxe dans l'approche thérapeutique. Ce milieu met l'accent, d'une part, sur les relations interpersonnelles et la responsabilité individuelle et, d'autre part, sur les précautions contre le suicide, les problèmes physiques et environnementaux générateurs de stress ainsi que la limitation de la responsabilité personnelle.

L'efficacité des mesures classiques de précaution, telles que la sédation, la contention et l'isolement, est discutable. Certains soutiennent que ces pratiques courantes visent souvent à protéger l'hôpital et le personnel des critiques et des litiges possibles plutôt qu'ils ne servent les intérêts du patient.

Idéalement, les précautions choisies devraient encourager l'établissement de relations personnelles par des séances de thérapie individuelle, conjugale et familiale. On devrait inciter le personnel comme les autres malades à tenter d'établir des liens avec le patient suicidaire étant donné que les relations interpersonnelles ont une efficacité thérapeutique plus grande que toute autre mesure. Les mesures de précaution qui comportent une surveillance constante et favorisent des attitudes superficielles et stéréotypées accroissent généralement l'anxiété du personnel comme des patients, alors qu'une démarche qui encourage l'établissement de relations interpersonnelles, la communication et une thérapie axée sur la résolution des conflits a des effets plus positifs.

Farberow propose une série de lignes directrices pour rendre l'hôpital "à l'épreuve du suicide". Il définit certains facteurs associés :

- à la reconnaissance des risques (par exemple "être à l'affût des comportements suspects", notamment le stockage de médicaments);
- aux précautions (par exemple l'installation de fenêtres munies d'un vitrage de sécurité et de barres de douche qui se détachent sous pression et blocage de toutes les voies d'accès au toit);
- à la communication touchant la documentation et la consultation, et
- aux attitudes (par exemple "éviter les mesures répressives et sévères") (Farberow, 1981).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les membres du groupe de travail reconnaissent qu'il est impossible de rendre un service complètement "à l'épreuve du suicide". Le mieux qu'on puisse faire c'est de réduire au minimum le risque de suicide.

c) Action dans la collectivité

En plus de servir de centres de réception, les services d'urgence des grands hôpitaux généraux en milieu urbain devraient offrir des programmes d'action dans la collectivité, par exemple des programmes d'éducation populaire, un service téléphonique vingt-quatre heures sur vingt-quatre et une équipe mobile pour les urgences (annexe 6).

(i) Les sentinelles des services publics et les employés des organismes communautaires de santé mentale et de service social devraient être au courant des services offerts par la salle d'urgence de l'hôpital local. On devrait essayer d'informer ces travailleurs de la santé des types d'urgence qui relèvent des services hospitaliers d'urgence, de même que des diverses ressources qui pourraient contribuer à améliorer la formation et les cours offerts dans le domaine du dépistage et de l'évaluation du risque suicidaire.

(ii) La salle d'urgence devrait avoir un service téléphonique fonctionnant vingt-quatre heures sur vingt-quatre auquel travaillent des professionnels en santé mentale ou des bénévoles qui ont reçu une formation adéquate et qui sont secondés par un psychiatre. Les intervenants devraient avoir été formés pour répondre aux appels ayant trait au suicide, aux situations de crise, à l'abus de drogue ou d'alcool et à d'autres types d'urgence. L'hôpital peut soit mettre sur pied son propre service d'écoute téléphonique ou être en liaison avec des services téléphoniques d'urgence dans la collectivité ou dispenser des services structurés de consultation médicale et psychiatrique.

(iii) Plusieurs chercheurs recommandent la formation d'une équipe mobile composée de travailleurs entraînés qui peut se rendre sur les lieux de la crise (Bartolucci et Dryer, 1973; Resnik et Hathorne, 1973; et Voineskos, 1975). Une telle équipe devrait idéalement être multidisciplinaire et se composer de travailleurs bénévoles et d'un spécialiste des soins d'urgence, tel qu'un psychiatre faisant partie de l'équipe ou dispensant des services de consultation. Resnik et Hathorne expliquent que :

> L'équipe travaillerait en étroite collaboration avec la police et aurait reçu la formation nécessaire pour bien évaluer la situation, déterminer ce qu'il faut faire et prendre les mesures qui s'imposent ou assurer une prise en charge adéquate (Resnik et Hathorne, 1973) (traduction).

d) En dehors des centres urbains

Les services d'urgence que nous venons de décrire ne peuvent être dispensés que par un grand hôpital général en milieu urbain qui dispose d'installations modernes et d'un nombre suffisant de professionnels et d'employés bénévoles. Ce modèle ne s'applique pas évidemment à de nombreuses collectivités canadiennes plus petites. Il est difficile cependant de concevoir un autre type de modèle qui puisse facilement être adapté aux ressources communautaires variées de divers petits hôpitaux généraux et centres de santé mentale ou aux établissements situés dans les régions éloignées et peu peuplées du Nord.

La capacité d'une collectivité particulière d'intervenir en cas de crise dépend du type de réseau de services dont elle dispose de même que de la présence de personnes ressources (par exemple omnipraticiens, membres du clergé). L'existence d'un réseau de surveillants ou de conseillers professionnels qui ont les qualités requises pour évaluer le risque suicidaire et peuvent fournir des services de consultation d'urgence aux travailleurs de première ligne peut permettre d'accroître la capacité d'intervention d'une collectivité. L'établissement d'un réseau de communication entre les divers services de santé garantirait l'orientation immédiate et efficace des urgences en vue d'une prise en charge ou d'un traitement en postcure.

Selon les membres du groupe de travail, les stratégies suivantes contribueraient à accroître l'efficacité des services psychiatriques d'urgence dans les petites collectivités.

Planification de l'intervention d'urgence – Il s'agirait d'élaborer des politiques et procédures pour la prise en charge des malades mentaux à haut risque, d'identifier le réseau informel d'"auxiliaires" traditionnels, de déterminer quel est le centre médical ou psychiatrique le plus proche, d'établir comment avoir accès au personnel de garde en dehors des heures ouvrables de même que les exigences relatives au transport.

Formation – Étant donné la pénurie générale de personnel qualifié, notamment de psychiatres, on devrait prendre des dispositions en vue d'assurer l'éducation et la formation de certains professionnels de la santé ou de sentinelles pour qu'ils soient en mesure d'évaluer les sujets suicidaires. Selon Catalan et ses collègues, on pourrait par exemple :

> mettre sur pied un service clinique . . . dans les petits hôpitaux généraux de district en formant deux ou trois infirmières qui évalueraient les patients hospitalisés à la suite d'une intoxication volontaire. L'infirmière orienterait ensuite les malades vers un psychiatre principal qui assurerait une surveillance et dispenserait des services spécialisés de consultation thérapeutique (Catalan et coll., 1980) (traduction).

Services coopératifs – Il existe un certain nombre de modèles de service de santé mentale dans les petites collectivités et les régions rurales. Par exemple, les quatre provinces de l'Ouest ont mis sur pied un réseau complexe de centres communautaires de santé mentale, établissements permanents de taille variée qui fonctionnent à l'intérieur d'un réseau coopératif de services. Dans d'autres régions du pays, de grands services psychiatriques ont établi de petits programmes satellites. Le personnel des grands établissements va travailler un certain temps dans un ou plusieurs centres satellites. Une autre solution consiste à créer une équipe mobile ou un service itinérant qui rend visite à un certain nombre de collectivités suivant un calendrier préétabli.

L'Association médicale de l'Ontario a proposé une variante de ce dernier modèle, soit une équipe mobile d'urgence, pour les régions de la province qui n'ont pas directement accès à un service psychiatrique d'urgence en hôpital général ou à un établissement psychiatrique. Selon l'association :

> La plupart des collectivités ontariennes n'ont pas une population suffisante pour justifier l'existence d'une équipe permanente d'urgence; on pourrait toutefois envisager la formation d'un groupe régional de consultation. Cette équipe fonctionnerait à partir d'une collectivité et dispenserait des services à plusieurs collectivités dans une région (Association médicale de l'Ontario, 1978) (traduction).

2. Réseau de services sociaux

Les professionnels et les bénévoles qui travaillent dans le domaine de l'hygiène publique, des services sociaux et des urgences dispensent également des services d'intervention en cas de suicide (voir annexe 7).

(i) Services communautaires

Les suicidaires qui font appel aux services communautaires se plaignent souvent de leurs démêlés avec la justice, du chômage, de leurs problèmes avec les services d'aide sociale, de leur solitude ou de leur isolement. Parmi les comportements suicidaires observés, on retrouve habituellement les idées de suicide, les menaces de passage à l'acte ou des tentatives bénignes, des actes qui n'exigent pas de soins médicaux immédiats.

Le groupe de travail a constaté que la plupart des organismes communautaires de service social ne considèrent pas l'intervention auprès des suicidaires comme l'un de leurs objectifs prioritaires et que les efforts sont en grande partie fragmentaires, mal coordonnés et généralement insuffisants. Il semblait également que les membres du personnel n'avaient pas une formation suffisante en matière d'intervention en cas de crise ou de suicide et que les professionnels étaient peu enclins à reconnaître et à utiliser les compétences des travailleurs bénévoles des services sociaux ou de seconder leurs propres bénévoles dans leur travail. Il n'existait pas non plus d'équipe d'intervention en cas de suicide.

Le groupe de travail a noté qu'un très petit nombre d'organismes communautaires de service social disposaient de lignes directrices relatives au traitement par leur personnel des individus suicidaires et souvent orientaient ces cas vers d'autres organismes. Les méthodes de tenue de dossiers n'étaient pas uniformes et étaient inadéquates tant du point de vue de la description des cas de suicide que de la collecte des renseignements requis pour assurer le succès du suivi et de l'orientation. Ces conclusions concordent avec celles de l'enquête du *Council of Suicide Prevention* formé de 152 organismes de service social de Toronto (Syer-Solurch, 1977). Boldt arrive à la même conclusion dans son étude des services communautaires d'intervention en cas de suicide en Alberta :

> À l'heure actuelle, les individus suicidaires s'adressent directement ou sont adressés à tout un éventail de services d'aide. Aucun organisme ne voit suffisamment de cas pour considérer le suicide comme un problème assez prioritaire pour réunir un personnel qui aurait la compétence voulue pour traiter ces cas. La plupart des organismes ont très peu d'expérience en ce qui concerne le suicide ou l'automutilation. Un très petit nombre de ces organismes ont du personnel bien entraîné pour traiter ces problèmes, et l'information est rarement acheminée vers les personnes qui seraient en mesure de l'utiliser. Certains employés de ces organismes se sentent si peu qualifiés et si peu sûrs de la façon de traiter les cas de suicide et d'automutilation qu'ils orientent sur-le-champ les personnes suicidaires vers d'autres organismes et se retirent du dossier. L'orientation est un moyen de se débarrasser du problème, non parce que l'organisme est convaincu que les personnes auxquelles le cas est adressé pourront aider le suicidaire. Habituellement, ces dernières sont également peu qualifiées et manquent d'assurance. Cette pratique de se "renvoyer la balle" fait que la personne qui demande de l'aide est laissée sans soutien lorsqu'elle en a le plus besoin (Boldt, 1976) (traduction).

Un très petit nombre de services d'intervention sont dispensés dans les petites collectivités ou les régions rurales, bien que des programmes de prévention du suicide aient été mis sur pied récemment à l'intention du personnel des organismes de service social et des sentinelles en Alberta. Là où ces services ne sont pas disponibles, des services téléphoniques d'urgence offrent souvent un service d'intervention.

Services-secours

Il existe maintenant plusieurs centaines de services d'intervention en cas de crise ou de suicide en Amérique du Nord, dont 99 au Canada. Powicke explique pourquoi ces services ont été établis :

> Ils ont été créés parce qu'on avait un impérieux besoin de services d'aide immédiate accessibles et adaptés aux personnes vivant une situation de stress, en particulier celles dont les besoins n'étaient pas satisfaits par les organismes existants ou dont la détresse atteignait un point culminant durant les heures où les bureaux de ces organismes étaient fermés . . . (Powicke, 1976) (traduction).

La plupart des centres canadiens sont constitués en société dans la province où ils font affaire. La majorité d'entre eux relèvent d'une association provinciale ou régionale, ce qui permet d'améliorer la communication entre les centres concernant les questions d'intérêt mutuel, telles que le recrutement et la formation de bénévoles, et d'évaluer les normes et l'efficacité des services existants. Un certain nombre de centres se sont joints au *Canadian Council for Crisis Centres*, créé en 1978, pour poursuivre ces objectifs ainsi que d'autres à l'échelle nationale.

Santé et Bien-être social Canada a mis de l'avant une politique de coopération avec les provinces pour financer les services-secours et services d'urgence, les frais étant partagés également entre les gouvernements fédéral et provincial. Les quatre provinces de l'Ouest ont appliqué les dispositions législatives prévues et octroyé des fonds à la plupart des centres qui relèvent de leur compétence. Les autres provinces ne se sont pas toutefois ralliées au projet fédéral de partage des frais.

Services dispensés

La majorité des services communautaires d'intervention en cas de suicide suivent le Modèle d'intervention d'urgence (annexe 10) et font moins appel au service des professionnels, cherchant plutôt à "aider" les personnes ou à établir avec elles des relations d'amitié par l'entremise de bénévoles (annexe 7). Voici certaines des caractéristiques communes des centres d'intervention d'urgence qui partagent cette philosophie :

- l'accent est mis sur le soutien affectif immédiat dans les situations de crise;
- on mise surtout sur les services téléphoniques en vue d'assurer une permanence vingt-quatre heures sur vingt-quatre;
- dans la plupart des cas, l'anonymat de l'appelant et de l'écoutant bénévole est garanti;
- l'emplacement du centre n'est pas révélé sauf dans le cas des centres de dépannage;
- le client doit de lui-même solliciter de l'aide, et
- on évite les soins spécialisés de longue durée.

Chacun des centres assume la responsabilité de sélectionner et de former des bénévoles. Le type et le niveau de formation varient selon le centre et dépendent du type de services requis dans une région donnée, de la

philosophie du centre et de l'expertise disponible. Le *Telecare Ontario Network* offre un bon exemple de la formation dispensée aux travailleurs bénévoles des services-secours : les bénévoles y reçoivent "un minimum de 50 heures de cours sur des sujets comme l'écoute, les techniques d'aide, l'empathie, les relations interpersonnelles, la connaissance de soi, le jeu de rôle et les problèmes sociaux (statistiques de Tel-Aide, 1980).

Vu le nombre de clients qui sollicitent de l'aide à la fois des professionnels de la santé et des travailleurs bénévoles, il serait utile de comparer la qualité et la nature des services dispensés. Une étude comparative des bénévoles et des professionnels en santé mentale travaillant au Centre de prévention du suicide de Los Angeles et au *London Samaritan Centre* a montré que les bénévoles obtenaient une cote plus élevée pour ce qui est de la chaleur humaine, de la patience et de l'attitude non condescendante envers le client. Ils avaient cependant plus de difficulté à obtenir un compte rendu complet de la situation, ne recueillant souvent aucune donnée sur les antécédents ou ne décelant pas la présence de troubles mentaux autres que la dépression, tels que la schizophrénie ou la paranoïa. On estimait par ailleurs que les professionnels en santé mentale n'étaient pas assez chaleureux, compréhensifs et gentils; ils étaient cependant mieux cotés pour ce qui est des techniques générales d'entrevue, notamment de la capacité de capter les signaux importants, d'amener le client à être plus précis et à expliquer certaines incohérences, d'obtenir une histoire qui se tient, d'interrompre une conversation oiseuse et de confronter le client. En général, les professionnels semblaient éviter le "modèle non professionnel" de chaleur humaine, de compréhension et de bienveillance; et les bénévoles, de leur côté, étaient anxieux et sur la défensive du fait qu'ils n'étaient pas des "professionnels", et hésitaient donc à adopter une approche évoquant le "modèle médical" (Hirsch, 1982).

Les membres du groupe de travail ont observé que l'évaluation des services de santé mentale effectuée par les utilisateurs ne correspondait pas tellement aux résultats du traitement. Les clients attribuaient une cote plus élevée aux personnes chaleureuses et ouvertes qui prenaient le temps de les écouter et une mauvaise cote aux professionnels, qui souvent ne veulent pas encourager la dépendance (Wattie, 1983).

On ignore dans quelle mesure le travail des services téléphoniques d'urgence a une incidence réelle sur la prévention du suicide; bien que tous les individus suicidaires soient en état de "crise", les personnes en crise ne sont pas toutes à risque suicidaire ni même vaguement exposées au suicide. La plupart des services-secours au Canada signalent que de 2 à 10 p. 100 de leurs clients sont manifestement "suicidaires" (statistiques de Tel-Aide, 1980). Une étude des services d'intervention en cas de suicide dispensés dans 52 centres au Canada, qui portait sur une période de trois mois (1978), a mis en évidence la faible proportion de clients suicidaires; seulement 2,3 p. 100 de tous les appels avaient trait au suicide. Le comportement suicidaire se manifestait le plus souvent par des menaces de passage à l'acte (45,0 p. 100), des idées de suicide (34,4 p. 100) et de l'automutilation (20 p. 100). Une proportion plus faible de clients suicidaires avait exprimé des tendances meurtrières.

L'étude a également révélé que l'acceptation des services-secours par les autres groupes professionnels et bénévoles variait grandement :

> Dans certaines régions du pays, comme le Grand Nord, le service-secours semblait être considéré comme un service de santé mentale essentiel par les autres groupes de "sentinelles" dans la collectivité (par exemple la police, les omnipraticiens). En général, ils collaborent pleinement avec le service lors d'une urgence, tel que l'appel d'un suicidaire. Dans les régions plus peuplées, le degré d'acceptation par les services traditionnels de psychiatrie et de santé mentale et de coopération avec les services-secours varie considérablement (Syer-Solursh et Scott, 1979) (traduction).

De nombreux centres ont signalé qu'entre le tiers et la moitié de leurs appels provenaient d'"habitués", de personnes qui appellent souvent pour obtenir de l'aide et un soutien. Ils décrivaient ces habitués comme des individus qui "souffraient" de troubles chroniques, n'étaient pas très adaptés; leur crise suicidaire du moment résultait de l'exacerbation de conflits et de problèmes persistants (Wold, 1971). Farberow souligne que l'individu qui souffre de troubles chroniques pose des problèmes insurmontables pour le système d'intervention d'urgence :

> Les techniques et méthodes habituelles d'intervention d'urgence appliquées dans le centre de prévention du suicide (du type service téléphonique) permettent d'aider les personnes en situation aiguë de stress et à haut risque suicidaire. Mais on peut se demander si les techniques d'intervention d'urgence réussissent à prévenir le suicide chez les personnes atteintes de troubles chroniques. L'intervention d'urgence convient aux patients suicidaires qui ont connu une période de stabilité et qui ont perdu pied par suite d'un stress aigu (Farberow et MacKinnon, 1974) (traduction).

À cause de l'anonymat garanti aux appelants, la plupart des centres signalent qu'ils ont de la difficulté à identifier les "habitués". Les politiques régissant la façon de procéder dans ces cas varient selon la philosophie du centre. Certains considèrent les habitués comme des personnes qui abusent du service alors que d'autres les tolèrent davantage, percevant ces fréquents contacts comme une forme de thérapie continue, informelle. La majorité des centres conviennent que les "habitués" devraient être orientés vers d'autres services professionnels.

(ii) Nécessité d'une évaluation

Aucune étude n'a été effectuée jusqu'à ce jour au Canada en vue d'évaluer l'efficacité des services-secours eu égard à l'intervention auprès des personnes suicidaires. S'appuyant sur plusieurs études américaines, le groupe de travail a conclu que bien que la plupart des spécialistes reconnaissent la valeur des centres d'intervention d'urgence, aucune étude empirique rigoureuse n'a montré que ces centres contribuaient à réduire les taux globaux de suicide. Le groupe de travail signale qu'à cause des difficultés inhérentes à la description de ce type de service, il est très difficile d'évaluer le succès des interventions dans les cas de suicide. Par exemple, la protection de l'anonymat des clients, aspect essentiel qui vise à encourager les individus à appeler, crée une situation où les appelants anonymes ne peuvent être suivis ou même identifiés par la suite au sein des groupes de suicidants et de suicidés. Syer-Solursh décrit le problème de la façon suivante :

> Il est pratiquement impossible de recueillir des données sur le travail des services-secours autrement qu'individuellement, service par service. Chaque service a son propre système de consignation des données sur les appels reçus ou les contacts établis. Des définitions, des classifications et des codes différents sont utilisés. De plus, bien que dans la majorité des centres, l'anglais soit la langue d'usage, il existe un certain nombre de centres francophones et d'autres bilingues. Le type de clientèle varie également, certains services-secours étant situés dans de grands centres urbains alors que d'autres dispensent des services à des populations rurales disséminées (Syer-Solursh et Scott, 1979) (traduction).

La taille de la clientèle de ces centres pose un autre problème; un service-secours ne peut en effet jouer un rôle utile dans la collectivité que si un nombre assez important de suicidaires le contactent. On ignore si ces centres atteignent effectivement un groupe à haut risque ou surtout des individus peu exposés qui appellent à l'aide. Une étude de contrôle effectuée en Angleterre a montré que le taux de suicide réussi dans la clientèle identifiable de cinq bureaux régionaux des Samaritains était 13 fois plus élevé que dans la population générale du même âge et du même sexe. Les Samaritains, semble-t-il, recevaient des appels d'individus à haut risque, mais seulement d'une faible proportion des sujets les plus fortement exposés (Barraclough et Shea, 1970).

Un examen des divers guides et documents relatifs aux normes de fonctionnement a fait ressortir l'absence d'uniformité dans les normes acceptées de fonctionnement des services-secours (par exemple A.A.S. Manual; Alberta Task Force Report, 1976; Minimum Standards, Life Line International; résultats de l'évaluation des bureaux régionaux de l'Organisation des Samaritains). Au terme de cet examen, le groupe de travail a conclu que l'établissement de normes trop rigides a pour effet de décourager la mise sur pied et l'agrément de nouveaux centres. Par contre, l'adoption de normes trop laxistes permet à des centres mal organisés et à des bénévoles qui n'ont pas reçu une formation suffisante ou adéquate de dispenser des services. L'amélioration de la communication, de la coopération et de la coordination entre les divers groupes professionnels et bénévoles oeuvrant dans le domaine de l'intervention en cas de crise ou de suicide dans une région donnée contribuerait à accroître la qualité des services et à relever les normes de fonctionnement.

13e recommandation – Le *Canadian Council of Crisis Centres* devrait, si possible, passer en revue les normes et l'efficacité des centres existants, élaborer des lignes directrices pour les centres canadiens et instaurer un mécanisme d'évaluation et d'agrément de ces centres.

14e recommandation – On devrait effectuer des études d'évaluation des services-secours au Canada afin de déterminer le type, l'orientation et l'effet des services dispensés.

3. Sentinelles

Le réseau de sentinelles, formé habituellement de membres de la police, du clergé et du personnel scolaire, joue un rôle clé comme intervenant dans les cas de suicide, étant donné que ces personnes sont souvent les premières contactées par le suicidaire ou sa famille. En général, les sentinelles n'ont pas suivi de cours formels ni reçu une formation structurée relativement aux techniques d'intervention en cas de suicide. Nous avons déjà discuté dans une section précédente du niveau de compétence et de formation de ces travailleurs dans le domaine du suicide et de sa pertinence de ces acquis en regard des services d'intervention à dispenser. Comme dans le cas des autres réseaux d'intervention, on dispose de peu de données uniformisées sur les cas de suicide, ce qui ne facilite pas le travail des chercheurs ou des épidémiologistes.

4. Conclusion

Il existe un chevauchement évident entre les services d'intervention dispensés par les sentinelles et le réseau médico-psychiatrique et le réseau des services sociaux. L'aptitude des travailleurs de la santé à repérer et à traiter les individus suicidaires varie dans les trois réseaux, on devrait cependant encourager tous ces travailleurs à améliorer les services d'intervention soit en recevant une formation additionnelle ou en ayant recours aux personnes compétentes dans ce domaine. L'amélioration de la communication, de la coopération et de la coordination entre tous les réseaux d'intervention devrait être considérée comme prioritaire.

C. POSTVENTION

Comme on l'a mentionné précédemment, la postvention désigne les mesures prises à la suite d'un suicide réussi ou d'une tentative de suicide. Les stratégies de postvention visent non seulement à réduire le traumatisme des personnes affligées (voir la section V,7), mais également à exécuter des autopsies psychologiques afin de reconstituer les événements qui ont conduit au suicide, ce qui permet d'obtenir des données pour les fins de l'attestation, l'assurance et la recherche. L'autopsie psychologique tente de clarifier la nature du décès au moyen d'une analyse sociopsychologique de la vie de la victime immédiatement avant son décès.

1. L'autopsie psychologique et l'attestation

En cas de mort non naturelle, ceux qui établissent les actes de décès doivent déterminer la cause et le mode de décès; cependant, le mode de décès n'est pas souvent clair, et il est très difficile de déterminer l'intention. En cas de décès suspect, une autopsie psychologique pourrait aider la personne qui établit l'acte de décès à décider du mode de décès le plus probable. L'autopsie psychologique est une enquête approfondie des attitudes du décédé par rapport à sa mort. Les conclusions reposent sur l'information recueillie auprès d'individus qui connaissaient bien le comportement, la vie et le tempérament du décédé.

À l'origine, l'autopsie psychologique visait essentiellement à clarifier le mode de décès (Curphy, 1967); l'expression a pris depuis une acception plus large, et couvre les questions suivantes :

a) Pourquoi l'individu est-il mort? Lorsque le mode de décès est de toute évidence le suicide, l'autopsie peut aider à déterminer la raison de l'acte en reconstituant les motifs du décédé, ses attitudes à l'égard de la vie et de la mort, les siennes et celles d'autrui, ainsi que la crise qui précède le décès.

b) Comment l'individu est-il mort et pourquoi à ce moment particulier? Lorsqu'un individu est mort à petit feu sur une certaine période, l'autopsie psychologique peut faire la lumière sur les raisons sociopsychologiques du décès à ce moment particulier. On suppose qu'il existe souvent un lien entre l'état psychologique de l'individu et le moment du décès, bien que ce lien soit peut-être difficile à établir.

c) Quel est le mode de décès le plus probable? Lorsque la cause du décès peut être clairement établie, mais que le procédé employé demeure suspect, l'autopsie psychologique peut aider à en établir la cause avec plus de certitude.

En général, les autopsies psychologiques devraient être faites de concert avec les autres investigations en cours et avec l'assentiment de la famille. Les données sont recueillies auprès des proches, d'ordinaire au moyen d'entretiens téléphoniques ou de réunions directes, de préférence dans le cadre familial. En général, les individus interviewés sont en proie à un immense chagrin qui s'accompagne souvent de sentiments de culpabilité et de dépression. Voilà pourquoi une autopsie psychologique ne devrait être faite que par des professionnels compétents qui procèdent avec une sensibilité particulière à l'examen mental de la famille du disparu. Il y a lieu de recueillir les faits importants suivants :

a) Identification – nom, âge, sexe, état civil, résidence, religion, statut professionnel;

b) Circonstances entourant le décès – cause, procédé, temps, lieu, estimation de la létalité;

c) Antécédents personnels – antécédents médicaux, antécédents psychiatriques (p. ex. hospitalisations en milieu psychiatrique, tentatives de suicide antérieures), antécédents familiaux (affection médicale, maladie mentale, décès);

d) Profil de la personnalité et du comportement – personnalité, habitude de vie, réaction typique au stress, nature des rapports interpersonnels, attitudes à l'égard de la mort (accidents, suicide ou homicide), ampleur de l'usage quotidien de médicaments et d'alcool et leur rôle possible dans le décès;

e) Facteurs déclenchants – circonstances qui précèdent immédiatement le décès, changements dans les habitudes avant le décès (habitudes, passe temps, comportement sexuel, alimentation, travail, etc.), incidence des influences positives dans la vie (p. ex. succès, satisfaction, joie, plans d'avenir), crises durant les cinq dernières années;

f) Évaluation de l'intentionnalité;

g) Réaction de l'informateur au décès, et

h) Remarques.

Le groupe d'étude a estimé que les méthodes d'exécution d'une autopsie psychologique sont beaucoup moins intimidantes que les procédures quasi judiciaires d'une enquête, qui ne font qu'intensifier la détresse des endeuillés. L'autopsie psychologique est non seulement considérée comme plus discrète, mais elle est également perçue comme un mode d'intervention thérapeutique auprès de la famille du défunt. Autre aspect positif de cette méthode, c'est qu'elle peut fournir aux chercheurs de l'information sur le rôle ou l'intention de l'individu en ce qui concerne sa mort, laquelle information n'est pas actuellement enregistrée par le système d'établissement de certificats.

Il est clair que l'autopsie psychologique peut contribuer énormément à la collecte de données sur le comportement suicidaire. Le recours plus fréquent à l'autopsie fournirait également une importante rétroaction aux pourvoyeurs de soins du réseau de la santé mentale ainsi qu'aux milieux judiciaires. Ces données peuvent être importantes en vue de l'établissement de mesures et de programmes de prévention plus efficaces.

15e recommandation – Toutes les fois qu'on peut faire appel à des professionnels qualifiés, on devrait procéder à des autopsies psychologiques dans tous les cas de décès suspects ou attribuables à des causes indéterminées ainsi que dans les cas suspects de suicide dans les hôpitaux psychiatriques et généraux, les prisons, les cliniques communautaires et les services de liberté surveillée.

16e recommandation – Les professionnels de la santé devraient inclure des études de prise en charge de cas dans leurs enquêtes courantes sur tous les suicidés qui ont des antécédents récents de traitement psychiatrique.

2. Attestation du suicide et assurance-vie

L'autopsie psychologique pourrait également fournir d'importantes informations en vue du règlement du sinistre en cas de suicide. Selon certaines études, dans les cas de décès suspects, les coroners et les médecins légistes sont souvent soumis à des pressions indues de la part de la famille du décédé pour qu'ils accréditent l'hypothèse du décès accidentel, ce qui lui permettrait de recevoir le capital-décès (Syer-Solursh et Wyndowe, 1981).

On a fait valoir qu'en l'absence d'une clause bien précise sur le suicide dans une police d'assurance-vie " . . . les assureurs pourront alléguer le suicide pour refuser de verser les sommes dues. Ainsi en ont décidé les tribunaux étant donné qu'il est contre l'intérêt public de permettre à une personne de profiter des fruits de son crime, en l'occurrence le suicide, ou en tout cas de profiter de son propre acte intentionnel qui donne lieu au risque même qui fait l'objet de l'assurance" (Boldt, 1976) (traduction).

Au Canada, les principes suivants régissent le processus décisionnel du système judiciaire lorsque des sociétés d'assurance ont recours à la "défense du suicide" contre les réclamations :

a) il incombe au défendeur qui plaide le suicide comme défense de prouver ce qu'il avance;

b) la présomption est contre l'intention de se suicider, étant donné surtout que tout être humain répugne naturellement à s'enlever la vie;

c) les tribunaux exigent que la preuve soit établie comme pour l'ensemble des causes civiles, autrement dit fondée sur la prépondérance des probabilités, et

d) l'absence ou la présence de motifs est importante, mais elle devrait être accompagnée de preuves liées aux circonstances réelles du décès. L'absence de motifs pourrait être un facteur décisif si les circonstances du décès ne favorisent pas l'hypothèse du suicide.

Les auteurs du *Great West Life Report* (Weighton et Lindsay, 1979) sont parvenus à la conclusion suivante :

> Bien que nous (sociétés d'assurance) soyons prêts à accepter le suicide comme l'un des nombreux risques de la vie qui devrait faire l'objet d'une assurance convenable, il est également vrai qu'un décès par suicide survenu au cours des premiers mois d'une police constitue un avantage indu qui dessert les intérêts des titulaires de polices et des sociétaires, et n'est pas un risque acceptable compte tenu des principes actuariels qui sous-tendent l'établissement du contrat d'assurance (traduction).

Selon les membres du groupe d'étude, on devrait envisager de supprimer la pression du "tout ou rien" que l'on exerce sur les compagnies d'assurance ainsi que sur le coroner qui établit les certificats de décès ou le médecin légiste en incluant dans les actes de décès les clauses suivantes :

- suicide bien déterminé;
- suicide probable;
- suicide possible, et
- suicide exclu.

On pourrait établir une échelle mobile de paiement du capital assuré qui reflète la catégorie choisie.

V PRÉVENTION, INTERVENTION ET POSTVENTION AUPRÈS DES POPULATIONS À "HAUT RISQUE"

Si l'on veut prévenir le suicide chez les groupes à "haut risque" au Canada, il faut adopter des stratégies bien précises pour chaque groupe, une fois que ces groupes ont été identifiés.

1. Troubles mentaux

Les stratégies de prévention dans ce domaine devraient mettre l'accent sur l'identification précoce de la maladie mentale ainsi que sur le traitement efficace des groupes de déficients mentaux qui risquent le plus de se suicider. L'éducation et la formation de tous les professionnels de la santé (section IV, A, 4) devraient comprendre pareilles stratégies.

Pour ce qui est des stratégies d'intervention, bien que les recherches réalisées jusqu'ici sur l'incidence du traitement des maladies mentales sur les taux de suicide soient peu concluantes, il y a lieu de croire que la réduction du nombre de décès par suicide est liée à la prescription accrue d'antidépresseurs (Barraclough, 1972) et à une politique de consultation psychiatrique de routine à la suite d'une tentative de suicide (Greer et Bagley, 1971; Kennedy, 1972).

Malgré le débat qui entoure la nature des rapports entre le trouble mental et le suicide, l'association qui existe entre eux ne peut être passée sous silence. Les stratégies qui suivent sont proposées afin de faire la lumière sur l'efficacité des méthodes thérapeutiques et d'aider à adopter des mesures de prévention et d'intervention en matière de suicide.

a) Il importe d'améliorer l'aptitude des médecins et des professionnels de la santé mentale à reconnaître et à traiter les troubles mentaux, particulièrement la dépression.

b) Il y a lieu de sensibiliser davantage les sentinelles et le public aux symptômes des troubles dépressifs.

c) Il convient d'encourager la création et l'expansion de centres de traitement de troubles affectifs à l'intention des grands hôpitaux vers lesquels des sujets sont orientés et qui répondent à trois objectifs :

- donner des conseils afin d'aider à résoudre les problèmes difficiles;
- assurer l'éducation permanente des professionnels, des sentinelles et du public, et
- faire de la recherche.

d) Il y a lieu de soutenir les types de recherche suivants :

- des études prospectives similaires à "Iowa 500" (voir le tableau 19) qui comparent les groupes de patients psychiatriques et non psychiatriques par rapport à l'incidence du suicide, et
- des études visant à expliquer les différences entre les groupes suicidaires et non suicidaires que l'on retrouve dans les principales catégories des troubles mentaux.

2. Alcoolisme

Comme pour les troubles mentaux, on pourrait discuter longuement de la nature exacte des rapports qui existent entre l'alcoolisme et le suicide. Néanmoins, les travaux de recherche ont révélé l'existence d'un lien entre ces deux phénomènes qui justifie l'inclusion des alcooliques dans la catégorie des sujets à haut risque de suicide. Les stratégies de prévention et d'intervention doivent tenir compte de la complexité de cette relation, particulièrement lorsqu'il y a chevauchement avec la dépression et d'autres troubles mentaux. Il est recommandé que l'on fournisse une formation aux conseillers en toxicomanie et au personnel des centres de désintoxication pour qu'ils puissent évaluer les risques de suicide.

17e recommandation – Il y a lieu d'encourager vivement les efforts qui visent à réduire l'incidence de l'alcoolisme.

18e recommandation – Les gouvernements devraient envisager de soutenir davantage les organismes qui participent au traitement des alcooliques et de leurs familles.

3. Les jeunes

Éducation

En matière de suicide, les stratégies de prévention et d'intervention destinées aux jeunes seraient plus efficaces si elles étaient mises en oeuvre par l'entremise du réseau scolaire. L'école constitue l'endroit idéal où amorcer une discussion sérieuse et profonde à propos des mythes et des réalités du suicide. On pourrait encourager les gens qui sont disposés à chercher de l'aide en insistant sur la normalité de la crise qu'ils traversent et en demandant aux autres de leur fournir aide et soutien.

Un programme global, qui s'adresserait tant aux enseignants qu'aux élèves, serait axé sur l'éducation des deux groupes afin qu'ils servent de sentinelles, qu'ils reconnaissent les différents signes et symptômes du suicide, éliminent les tabous entourant ce phénomène de sorte que les réactions habituelles de déni, de gêne et de honte n'empêchent pas l'enfant en difficulté de demander de l'aide ni les sources de secours éventuels d'y répondre (Farberow, 1979).

On devrait envisager sérieusement la possibilité d'élaborer des programmes de prévention de suicide dans les réseaux scolaires à l'échelle provinciale. Le programme d'enseignement proposé par Plamondon et Dionne, auquel on a fait allusion dans les sections précédentes, pourrait servir de modèle (voir l'annexe 5).

Les travaux de recherche indiquent que l'adolescent qui risque de se suicider peut difficilement résoudre ses problèmes, possède peu d'habiletés sur le plan social et a une image de soi négative. Le groupe d'étude soutient la recommandation de l'étude albertaine qui vise à mettre en oeuvre dans le réseau scolaire des programmes destinés à améliorer les interactions personnelles et à accroître l'assurance et l'estime de soi (Boldt, 1976).

Traitement

Bien que la plupart des stratégies de prévention et d'intervention examinées précédemment s'appliquent à tous les groupes d'âge, il existe néanmoins des formes de traitement qui soient propres aux jeunes. En général, le traitement des jeunes suicidaires devrait répondre aux objectifs suivants : accroissement de l'estime de soi; amélioration des habiletés interpersonnelles et amélioration générale des aptitudes à faire face aux difficultés (Ward, 1981). De plus, dans la mesure du possible, les membres de la famille et les proches devraient participer au counseling ou à la thérapie.

Un traitement de postcure devrait être envisagé afin de prévenir les récidives. Toutefois, cela suppose l'existence de services "de qualité" suffisants à l'intention des jeunes. La plainte la plus souvent entendue par le groupe d'étude dans l'ensemble du pays portait sur l'absence générale de pareils services. De nombreux parents, enseignants et professionnels de la santé mentale ont parlé d'enfants et d'adolescents suicidaires inscrits sur de longues listes d'attente afin de recevoir des services de psychiatrie et de counseling. Il y a lieu d'encourager les provinces et les communautés à soutenir et à évaluer les efforts des services conçus pour répondre aux besoins des jeunes qui envisagent le suicide.

Collecte de données

Comme pour les autres "groupes à haut risque", il faut établir un système normalisé de collecte de données afin de reconnaître le grave problème qu'entraîne la non-déclaration de nombreux cas de suicide et de tentative de suicide chez les jeunes.

19e recommandation – Les ministres provinciaux de l'Éducation devraient envisager la possibilité de mettre au point des programmes provinciaux de santé mentale à l'intention des adolescents du réseau scolaire en mettant l'accent sur les facteurs essentiels au développement de l'assurance et de l'estime de soi, sur les stratégies de résolution des problèmes et de prises de décision et sur les habiletés interpersonnelles.

20e recommandation – Dans le traitement des jeunes à risque, il faudrait reconnaître et prendre en considération leur vulnérabilité ainsi que les influences du milieu.

21e recommandation – Il faudrait faire un effort concerté afin de cerner les lacunes dans les services de psychiatrie et de counseling destinés aux jeunes et d'établir des programmes fondés sur une approche globale à la famille et aux problèmes des jeunes.

22e recommandation – Toute forme d'automutilation ainsi que toute menace de suicide de la part des jeunes devraient être prises au sérieux et donner lieu à une évaluation professionnelle et à une intervention thérapeutique pertinente.

4. Les personnes âgées

En raison de la prévalence relativement élevée du suicide chez les personnes âgées, il y a lieu de croire qu'il s'agit d'un groupe à haut risque. Les stratégies de prévention et d'intervention qui leur sont destinées devraient se refléter dans des programmes de retraite, des mouvements d'entraide, l'éducation des médecins de famille, l'éducation du public, des services d'intervention en cas de crise, des programmes d'action communautaire, des unités spécialisées de psychogériatrie ainsi que dans l'intégration des services.

Programmes de retraite

Les programmes éducatifs axés sur la retraite pourraient comprendre des cours de préparation à la retraite, ce qui atténuerait le choc de l'adaptation. L'établissement de régimes de pensions plus adéquats a également été proposé (Lépine, 1982).

Mouvements d'entraide

La création de mouvements d'entraide pourrait fournir de l'emploi aux personnes âgées et leur faire prendre conscience de leur propre valeur. Les jeunes ne devraient pas enlever aux aînés la chance de prendre en main leur destinée, car le fait d'intervenir dans leurs affaires et de diriger tous les services pour eux ne fait que favoriser la régression. Leur principal objectif devrait consister à obtenir l'appui des gouvernements à l'égard des activités et des programmes administrés et mis en oeuvre par les personnes âgées elles-mêmes (Sakinofsky, 1976b).

Éducation des médecins de famille

Des études ont indiqué qu'entre 70 et 90 p. 100 des personnes âgées qui se suicident consultent leur médecin de famille moins de trois mois avant leur décès et montrent en général des signes d'hypocondrie et des symptômes physiques de la dépression (Barraclough, 1971). D'autres études ont fait valoir qu'un très petit nombre de médecins de famille adressent ces individus à un psychiatre. Shulman fait remarquer que cela laisse supposer :

> . . . à la fois qu'on reconnaît rarement les troubles psychiatriques et le risque de suicide et que les services psychiatriques à l'intention des personnes âgées ont toujours été plus ou moins suffisants. En outre, étant donné que les préoccupations somatiques semblent être un aspect important du tableau clinique, les troubles affectifs sous-jacents échappent facilement aux médecins. Par conséquent, les analgésiques, les barbituriques ou autres hypnotiques prescrits pour soulager les symptômes ne sont pas recommandés chez l'individu enclin au suicide (Shulman, 1978) (traduction).

Il convient, à cette fin, d'encourager la mise sur pied de programmes de formation des professionnels pour qu'ils puissent reconnaître le risque de suicide chez les personnes âgées et établir des régimes thérapeutiques appropriés.

Éducation du public

Les personnes âgées devraient recevoir de l'information afin d'être en mesure de reconnaître les signes et les symptômes de la dépression. Cette recommandation est fondée sur la théorie selon laquelle le malade est souvent la dernière personne à reconnaître qu'il traverse une période de dépression, et même s'il s'en rend compte, il hésitera à chercher de l'aide en raison de la nature même de son état. En outre, le grand public devrait être informé des changements de personnalité qu'on observe souvent chez le suicidaire âgé, à savoir irritabilité, insomnie persistante, repli sur soi, impatience, hypocondrie et consommation accrue d'alcool et de somnifères afin de surmonter son état dépressif.

Services en période de crise

Un sondage mené auprès des services-secours au Canada a révélé que les jeunes et les personnes âgées sont sous-représentés parmi les appelants; 84 p. 100 des utilisateurs des services étaient âgés de 25 à 64 ans (Syer-Solursh et Scott, 1979). Étant donné que la solitude est un important facteur suicidogène chez les personnes âgées, dont un grand nombre vivent seules, "coupées de tout contact externe . . . certaines risquent même de mourir seules, leur décès passant inaperçu pendant des jours, voire des semaines" (Lavallée, 1982), un grand nombre de centres de détresse ont élaboré des programmes d'intervention. On communique régulièrement par téléphone avec les personnes âgées qui vivent seules afin de leur témoigner de l'amitié et de déceler les problèmes qu'elles ne peuvent peut-être pas résoudre. Il faudrait encourager les initiatives semblables.

Programmes d'action communautaire

Beaucoup de personnes âgées sont trop fières pour demander de l'aide. Pour répondre à ce problème, Lépine propose que les programmes d'action communautaires à l'intention des personnes âgées "aient recours aux réseaux de communication communautaires afin de trouver et d'aider les individus et les familles qui ont désespérément besoin de quelqu'un qui puisse prêter une oreille attentive à leurs problèmes avant qu'ils ne menacent ou ne tentent de se suicider ou, pire encore, qu'ils réussissent à mettre fin à leurs jours (Lépine, 1982).

Unités psychogériatriques spécialisées

Il y a lieu d'encourager les hôpitaux psychiatriques et les unités psychiatriques d'hôpitaux généraux à reconnaître les difficultés et les risques particuliers que présente le patient âgé. Il faudrait, dans la mesure du possible, créer des unités spécialisées en psychogériatrie. Pareilles unités ont déjà été mises sur pied dans certaines grandes villes canadiennes où les besoins d'un nombre croissant de personnes âgées ont surchargé les services psychiatriques traditionnels en milieu hospitalier.

Intégration de services

On a affirmé que les personnes âgées, plus que tout autre groupe à haut risque, ont besoin de services intégrés dont le personnel travaille en étroite collaboration, notamment les médecins de famille, les psychiatres, les gériatres, les infirmières hygiénistes et les organismes de services sociaux. Shulman fait remarquer "qu'aucun praticien ou service ne peut espérer résoudre à lui seul les difficultés multiples et variées qui assaillent le patient âgé sujet au suicide" (Shulman, 1978).

23e recommandation – Il faudrait mettre en oeuvre de vastes programmes de soins à l'intention des personnes âgées.

5. Autochtones

Les membres du groupe d'étude ont cerné de nombreux facteurs (d'ordre politique, économique, social, scolaire) qui contribuent au taux élevé de suicides chez les autochtones de ce pays. (Voir la section III,C) Le lecteur trouvera à l'annexe 8 plusieurs exemples de programmes d'intervention en matière de suicide qui s'adressent aux autochtones. Un grand nombre de ceux-ci atteignent des objectifs qui traduisent des préoccupations énoncées dans les recommandations suivantes du groupe d'étude.

24e recommandation – L'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de prévention du suicide à l'intention des autochtones devraient reposer sur une approche globale et culturelle.

25e recommandation – Tous les travailleurs en santé communautaire qui dispensent des services sanitaires, éducatifs et sociaux aux autochtones devraient avoir accès à un réseau d'experts-conseils en santé mentale qui assurerait la liaison et le soutien.

6. Personnes en détention

Stratégies d'intervention

Il y a lieu d'encourager la diffusion d'informations au sein des établissements et entre les autorités et les établissements concernant le comportement passé ou récent de suicidaires en détention. Il faudrait également obtenir de la maison de détention provisoire ou communiquer à cette dernière et à l'établissement qui recevra finalement le détenu un profil du comportement suicidaire des détenus en instance de jugement. Dans l'éta-

blissement même, il faudrait faire circuler pareille information entre les membres du même poste de travail, d'un poste à l'autre, et entre les membres de différents services ou disciplines, par exemple le service médical, la sécurité, l'équipe de gestion de cas, l'aumônier.

Il importe au plus haut point de traiter sérieusement tous les risques de suicide. Il convient à cet effet d'encourager une approche pluridisciplinaire et de ne pas considérer la situation comme étant purement une question de sécurité ou un problème d'ordre médical. L'intervention en matière de suicide exige généralement que l'on prenne la décision soit d'isoler l'individu, tout en continuant de le surveiller, soit de le mettre davantage en contact avec d'autres. Les faits concernant le cas devraient indiquer aux employés quelle méthode employer.

L'aide de groupes d'entraide et de pairs, une surveillance exercée par les autres détenus ou par le personnel constituent d'autres mesures pratiques à envisager au tout début de la crise suicidaire. Il importe de signaler toutes les blessures volontaires ou tentatives de suicide au psychiatre, au psychologue ou au personnel soignant de l'établissement.

Établissement de rapports uniformisés

Les personnes détenues ou purgeant une peine d'emprisonnement au Canada peuvent se retrouver dans l'une des quatre situations suivantes : en état d'arrestation avant d'être mises en accusation, sous la garde de la police fédérale, provinciale ou municipale; en détention préventive sous la garde de la police ou d'établissements correctionnels provinciaux; après condamnation sous la garde de la police ou d'établissements correctionnels fédéraux ou provinciaux; en libération conditionnelle, ou sous surveillance obligatoire fédérale ou provinciale. Selon des études, il manque de rapports et de données normalisés sur le comportement suicidaire des personnes qui se trouvent dans ces situations. Des lacunes ont été décelées dans les dossiers en ce qui concerne :

- les périodes d'établissement de rapports;
- les définitions;
- les catégories d'incidents;
- les périodes de référence;
- les jours-lits ou années-détenus types;
- les causes de l'incident;
- le sexe, l'âge, le groupe ethnique;
- les antécédents professionnels de la victime;
- les méthodes et armes employées;
- la durée de l'emprisonnement;
- la nature de l'emprisonnement, et
- le type et la gravité de la blessure.

D'autres difficultés sont soulevées par les différences dans les exigences qu'ont les provinces en ce qui concerne les rapports à l'égard des personnes en état d'arrestation ou en détention préventive.

Les directeurs des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux ont fait état de la nécessité d'avoir des rapports uniformisés, particulièrement à l'égard des détenus fédéraux et provinciaux. Le besoin de données comparables sur les prisonniers en état d'arrestation ou en détention préventive est une question qui devrait être tranchée par les autorités en cause. Ce sont les directeurs des établissements correctionnels qui devraient être appelés à se pencher sur la question de la collecte de données sur les détenus en libération conditionnelle ou sous surveillance obligatoire.

La plupart des forces policières et des établissements correctionnels verraient d'un mauvais oeil le fait d'avoir davantage de formules ou de rapports à soumettre, mais il reste que l'uniformisation des dossiers des incidents suicidaires mettant en cause des personnes en détention est essentielle à la réalisation d'études et d'analyses détaillées. Les organismes locaux ont mis au point des formules qui manquent de spécificité et sont par conséquent susceptibles d'être mal interprétées. La figure 20 fournit un exemple d'une formule de collecte de données qui pourrait être utilisée universellement afin de promouvoir l'établissement de rapports uniformisés. Il doit également y avoir une agence centrale de collationnement afin d'uniformiser les données et de permettre des analyses des résultats des études et la rédaction de commentaires. La création du Centre canadien de la statistique juridique à Statistique Canada est donc utile pour la collecte de données relatives à la justice. Les directeurs des établissements correctionnels devraient s'entendre sur une méthode type d'établissement de rapports sur les suicides et les tentatives de suicide avec l'aide de Statistique Canada. Les définitions contenues dans l'étude du Service correctionnel du Canada intitulée "Self-Inflicted Injuries and Suicides" (août 1981) devraient permettre d'arriver à une définition des termes clés qui serait acceptée par tous.

Étude permanente

Le rassemblement de données sur le comportement suicidaire des personnes en détention ne contribuera pas en soi à prévenir le suicide, par contre une étude approfondie et permanente des données peut permettre d'arriver à cette fin. Il est évident que les organismes de détention ont tendance à restreindre l'accès aux résultats des études. La majorité d'entre eux se montrent toutefois très intéressés à avoir accès aux résultats d'études faites ailleurs.

On s'entend pour dire qu'il faut encourager la réalisation d'études plus approfondies, à mesure qu'on aura accès à des données uniformisées. Les autorités en cause ainsi que les organismes de détention d'autres pays devraient échanger les résultats des études. La bibliothèque du ministère du Solliciteur général du Canada est l'endroit tout indiqué pour la tenue d'une bibliographie sur le sujet et l'obtention des détails sur les études en cours. Le même ministère pourrait également tenir les responsables des politiques au courant des faits nouveaux qui peuvent être intégrés au matériel de formation. Il pourrait enfin y avoir d'autres études qui rendent compte des opinions de détenus et d'anciens détenus et se penchent sur les cas de suicide parmi les anciens détenus et les individus qui étaient en libération conditionnelle ou en surveillance obligatoire.

26e recommandation – Il faudrait s'efforcer d'améliorer la communication au sein des établissements correctionnels et d'un établissement à l'autre ainsi qu'entre les établissements et les programmes de réadaptation postdétention pour ce qui est du comportement suicidaire des détenus. Cela pourrait se faire au moyen d'un système uniformisé de rapports d'incidents relatifs au comportement suicidaire qui seraient utilisés dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux et les organismes de détention.

27e recommandation – Dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire et afin de déterminer quelles sont les techniques les plus efficaces pour prendre en charge le détenu suicidaire, il convient de diffuser dans une large mesure les résultats de la recherche à l'aide de ressources telles que la bibliothèque du ministère du Solliciteur général du Canada.

7. Les proches du disparu

La postvention assure une orientation pendant la période de deuil et décourage les tendances autodestructives des proches du disparu. Elle vise à "stabiliser quelque peu la vie de la personne affligée". Jusqu'à tout dernièrement, toute la question du deuil et du suicide a été largement passée sous silence. En dépit des nombreux travaux de recherche sur le suicide et le deuil, le groupe d'étude a constaté qu'il n'existait à ce jour que six programmes de postvention au Canada (annexe 9). Après examen, il était évident que les programmes existants ne répondaient aux besoins que d'un faible pourcentage des gens qui pourraient en profiter et que les régions rurales n'y avaient pas du tout accès.

Ces programmes assurent un service d'intervention adapté aux besoins des proches du disparu. Leur principal objectif consiste à faire obstacle aux réactions de douleur irrationnelles ou atypiques en favorisant une catharsis émotionnelle par "la communication, l'abréaction, l'interprétation, le réconfort, l'orientation et la confrontation mesurée" (Shneidman, 1973). L'accent est mis sur l'expression des sentiments refoulés tels que la culpabilité, la colère, la haine, l'embarras et la honte.

Il faudrait encourager le développement de ces programmes qui pourraient être greffés aux services existants de santé mentale, aux centres de détresse ou à l'Association canadienne pour la santé mentale afin d'assurer la participation des professionnels, la mise sur pied d'un réseau adéquat d'orientation et leur acceptation par le public.

Figure 20. Formule de collecte de données pour les personnes en détention

Renseignements personnels	Antécédents criminels	Établissement	Incident
Noms–noms d'emprunt	Casier judiciaire	Adresse	Heure, date lieu dans l'établissement
Adresse	Infraction majeure	Province	Routine habituelle/ fin de semaine
Sexe	Infraction la plus récente	Niveau de sécurité	Arme/méthode utilisée
Date de naissance	Infraction avec/sans violence	Taille de l'établissement/population carcérale	Durée du séjour en établissement
Lieu et province de naissance	Nombre de condamnations	Catégorie : protection/ unité spéciale de détention	Drogues
Lieu et province de résidence	Province d'arrestation	Population générale Centre psychiatrique	Alcool
Origine ethnique	Date de l'arrestation	Durée du séjour en établissement	Isolement/ non
Religion	Condamnation	Raison du transfèrement	Sous surveillance/ suicidaire
Langue	Date de la peine	Arrestation/ détention provisoire	Prise de médicaments?
Antécédents–toxicomanie	Peine		Antécédents d'automutilation
Antécédents–alcoolisme	Délit sexuel antérieur		Combien?
Antécédents–troubles mentaux			Saison/temps
Événements traumatisants importants et récents			
Scolarité			
Intelligence			
Antécédents professionnels			

Source : Service correctionnel du Canada. Self-inflicted injuries and suicides. Bureau d'experts-conseils. Document inédit, 1981.

On a longuement discuté de la participation des professionnels aux programmes d'entraide en cas de deuil. D'une part, certains bénévoles considèrent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des conseils d'experts et soutiennent que les membres eux-mêmes sont les experts puisque, après tout, "ils ont connu les mêmes épreuves" (Romeder, 1981; Lavoie, 1981). D'autre part, d'autres font valoir que le soutien des professionnels constitue un élément essentiel des groupes d'entraide (Harris, 1981). Le docteur Collin Murray Parkes, une autorité en la matière, affirme que les groupes d'entraide qui ne bénéficient pas d'une aide professionnelle ont démontré leur efficacité tandis que ceux qui bénéficient du concours de professionnels n'ont pas fait encore leurs preuves (Parkes, 1980). Des études canadiennes semblent indiquer que la participation conjointe de professionnels et de bénévoles contribue sensiblement au succès des programmes d'entraide en cas de deuil. Il a également été démontré, que si les gens ont besoin de partager leurs expériences avec d'autres personnes qui sont aussi affligées par un suicide et de se soutenir mutuellement, il reste que les professionnels et les bénévoles qui ont reçu une formation peuvent intégrer les expériences des personnes affligées dans un cadre global, faire face aux mythes et aux craintes liés au suicide et les dissiper.

28e recommandation – Il faudrait fournir aux professionnels et aux bénévoles l'occasion de s'inscrire à des programmes de formation axés sur l'affliction des individus proches des victimes de suicides.

29e recommandation – Il faudrait encourager les travailleurs de la santé mentale à établir le contact avec les endeuillés le plus tôt possible après le suicide afin de leur fournir un soutien émotionnel et psychologique ainsi que de l'information sur les services locaux de counseling disponibles.

30e recommandation – Il importe de déterminer dans quelle mesure les modèles existants atteignent leurs objectifs afin de mettre au point des programmes efficaces à l'intention des personnes affligées par le suicide d'un proche.

VI LE SUICIDE ET LA LOI

1. Le Code criminel

Lorsque le suicide était considéré comme une faute, des sanctions pénales ont été établies afin de renforcer les interdits religieux. Au fil des ans, toutefois, l'évolution des attitudes sociales et religieuses s'est reflétée dans la décriminalisation de la tentative de suicide. En 1972, celle-ci a été supprimée des dispositions du Code criminel. Otto Lang (1972), le ministre de la Justice d'alors, a expliqué sa décision en ces termes :

> Nous avons aboli l'infraction que constitue la tentative de suicide parce que nous croyons encore qu'il s'agit d'une question qui ne nécessite pas une solution légale, parce qu'elle a ses racines et trouve sa solution dans des sciences qui ne relèvent pas du droit et parce qu'en fait la dissuasion dans le cadre du système juridique est inutile.

Conseiller à quelqu'un de se donner la mort demeure, toutefois, un acte criminel. L'article 224 du Code criminel est la seule interdiction juridique qui subsiste encore en ce qui concerne le suicide.

> Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de quatorze ans, quiconque
>
> a) conseille à une personne de se donner la mort ou l'y incite, ou
>
> b) aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non.

2. L'internement et la Loi sur la santé mentale

La question de l'internement et la loi provinciale qui autorise les médecins et les agents de la paix à détenir, contre son gré, une personne jugée dangereuse pour elle-même ou les autres suscitent une grande controverse. L'évolution des attitudes sociales à l'égard des droits de la personne a entraîné l'établissement de critères d'internement plus rigoureux. Par exemple, la Loi sur la santé mentale adoptée par l'Ontario en 1978 exige que le risque soit suffisamment clair pour être admis au tribunal; cette disposition va donc beaucoup plus loin que celle que prévoyait la loi précédente.

Cela peut poser un dilemme sur le plan juridique pour les médecins. D'une part, la détention peut entraîner des poursuites en justice de la part du patient ou de sa famille (Ici, comme dans la plupart des secteurs de la pratique médicale, la menace de poursuites en justice s'est sensiblement accrue). D'autre part, le médecin risque également de se voir intenter un procès s'il omet de faire interner un patient suicidaire récalcitrant. Cette situation se trouverait améliorée si les lois sur la santé mentale contenaient des dispositions visant à protéger les médecins qui ont fait interner officiellement des patients suicidaires à haut risque.

Il est impossible d'évaluer les répercussions, le cas échéant, des critères d'internement plus rigoureux sur le taux de suicide, car il existe un trop grand nombre d'autres variables. Toutefois, il se peut qu'il y ait un rapport entre les restrictions accrues en matière d'internement et le taux de suicide. Il va sans dire qu'on doit parvenir à un équilibre entre les attitudes sociales générales à l'égard de la liberté individuelle et l'obligation de protéger l'individu suicidaire et sa famille contre un comportement autodestructeur. Le groupe d'étude albertain sur le suicide aborde le dilemme de la manière suivante :

> L'État a-t-il . . . l'obligation morale et humanitaire ainsi que le droit d'utiliser la loi pour empêcher des individus de s'enlever la vie et faire traiter des personnes contre leur gré? Certains se demandent si la loi peut empêcher un individu de commettre un acte volontaire qui, selon eux, ne regarde que lui et lui seul. Mais . . . le suicide n'est pas seulement préjudiciable à celui qui pose le geste — il nuit également à de nombreuses autres personnes de façon immédiate, profonde et tragique et, en outre, il fait en général du tort à la société (Boldt, 1976).

En général, les dispositions des lois sur la santé mentale qui se rapportent à l'internement et au suicide sont importantes et devraient être maintenues. Toutefois, il y aurait lieu de les uniformiser d'une province à l'autre.

3. Le secret professionnel

La question du secret professionnel se pose dans trois contextes : les services bénévoles d'intervention en période de crise, les traitements dispensés par des professionnels et l'établissement d'un bureau central d'enregistrement des suicides.

Dans le premier cas, certains services d'intervention en matière du suicide soutiennent que l'anonymat et le secret professionnel doivent être respectés à tout prix même si cela met en danger la vie du suicidaire. D'autres services sont d'avis contraire et font valoir que le risque de suicide constitue une raison suffisante pour violer le secret professionnel et faire intervenir des professionnels ou la police. Toutefois, cette façon d'aborder le problème peut décourager certaines personnes de recourir à pareils services. On ne dispose pas de suffisamment de données pour résoudre ce dilemme.

Pour ce qui est du comportement des professionnels, on s'interroge sur l'opportunité de ne pas respecter le secret professionnel si la vie ou la santé du patient est en danger. Toutefois, des jugements rendus récemment au Canada et aux États-Unis font valoir que le secret professionnel n'est pas un motif suffisant pour ne pas recourir à une mesure préventive essentielle.

En ce qui concerne le bureau central d'enregistrement, il peut survenir un conflit entre l'obligation d'assurer le secret professionnel et les avantages qui découleraient de pareil système. Le principal promoteur de ce système au Canada, le docteur Meno Boldt, soutient qu'un bureau central d'enregistrement aiderait sensiblement la recherche et par la suite le traitement et la prévention. Toutefois, la déclaration obligatoire semblerait se heurter à la question du secret professionnel. Néanmoins, le docteur Boldt est d'avis qu'en prenant les précautions qui s'imposent on pourrait assurer le secret professionnel et mettre sur pied un bureau d'enregistrement.

31e recommandation – Il faudrait revoir de façon permanente toutes les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale afin d'établir des dispositions uniformes visant à améliorer la sécurité des suicidaires.

VII LA RECHERCHE

L'absence de travaux canadiens de recherche sur le suicide constitue l'un des plus grands obstacles auquel s'est heurté le groupe d'étude lors de la préparation de ce rapport. On peut raisonnablement supposer que d'autres pays disposent de plus de fonds à cet égard. On estime que si certaines des conclusions de ces études peuvent être appliquées en toute confiance au Canada, tel n'est pas le cas pour la plupart d'entre elles. Par exemple, certaines mesures préventives qui permettent de réduire les taux de suicide en Grande-Bretagne (voir la section IV, A, 3) peuvent ne pas s'appliquer au Canada où les taux et les modes du suicide diffèrent sensiblement.

Il importe de tenir compte de plusieurs facteurs lorsqu'on effectue des recherches sur le suicide au Canada. En raison de la faible taille de notre population, les études démographiques doivent être faites en collaboration avec plusieurs centres ou à l'échelle nationale afin que les données à court terme puissent être statistiquement acceptables et fiables. Sinon, il faudra recueillir ces données pendant de nombreuses années avant de pouvoir établir des conclusions qui soient statistiquement fiables.

Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient accorder une haute priorité à la prévention du suicide. Citons comme exemple le gouvernement de l'Alberta (voir l'annexe I0) qui a reconnu la gravité du problème du suicide et a fait un effort concerté pour en venir à bout. L'accroissement de la capacité de recherche au Canada devrait être considérée comme une condition préalable essentielle à la planification et à la mise en oeuvre des programmes et des services pertinents et à l'évaluation de leur efficacité.

32e recommandation – Les autres provinces et territoires devraient évaluer le modèle albertain de prévention du suicide afin de pouvoir l'appliquer chez eux.

33e recommandation – Les ministères fédéral et provinciaux qui s'occupent de la santé mentale devraient compter parmi leurs employés un haut fonctionnaire chargé d'élaborer des programmes de prévention du suicide et de faciliter la recherche. (Le modèle albertain qui prévoit la nomination d'un spécialiste provincial en suicidologie devrait être envisagé dans la mesure du possible.)

34e recommandation – Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient collaborer afin d'établir une base de données nationale sur la mortalité et d'examiner la question de l'alimentation obligatoire du système en données.

35e recommandation – Il faudrait évaluer les méthodes actuelles de collecte de données afin de permettre la mise au point des techniques plus efficaces et uniformes.

36e recommandation – Il faudrait autoriser les coroners et les médecins légistes provinciaux à permettre aux chercheurs agréés d'avoir accès aux dossiers des individus et à leur faciliter la collecte d'autres données par l'entremise des coroners et des services de police locaux. (À cette fin, il se peut que l'on doive modifier les lois actuelles concernant le secret professionnel.)

37e recommandation – Il faudrait diffuser les résultats de la recherche sur le suicide et la tentative de suicide dans le réseau médico-hospitalier.

38e recommandation – Il faudrait encourager la recherche pluridisciplinaire sur l'efficacité des méthodes de formation à l'intention de ceux qui s'occupent du suicide et des suicidaires.

39e recommandation – Il faudrait accroître les crédits octroyés par le gouvernement pour la recherche sur le suicide, et cela de façon prioritaire.

40e recommandation – Il faudrait accorder la priorité à la recherche multidisciplinaire effectuée dans plusieurs centres et mettre particulièrement l'accent sur les différents facteurs (notamment l'intégration sociale, l'isolement, les troubles mentaux, l'alcoolisme, l'abus de drogues, les difficultés familiales et scolaires) qui influent sur les jeunes qui ont des tendances suicidaires.

VIII CONCLUSIONS DE LA PRÉSIDENTE

La mise sur pied d'un groupe d'étude sur le suicide au Canada a été décidée d'un commun accord par suite de la création à la fois de groupes d'étude et de groupes de travail dans plusieurs autres pays, par exemple, *The National Institute of Mental Health Task Force on Youth Suicide* (États-Unis), le groupe d'étude du gouvernement hollandais sur le suicide (Pays-Bas), les différents groupes d'étude sur le suicide établis par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.

On considère en général que le suicide est un mal évitable. Par conséquent, il y a tout lieu de croire qu'on trouvera les moyens de prévenir pareils décès dès qu'on parviendra à bien comprendre le phénomène du suicide.

S'il en était ainsi! L'expérience des membres du groupe d'étude canadien (qui semble correspondre à celle de leurs collègues d'autres groupes, comme ceux qui ont été mentionnés plus haut) veut que le suicide soit un comportement multidimensionnel et surdéterminé dont l'essence n'est toujours pas définie. Plus on apprend, plus on se rend compte de son ignorance. Aussi, bien que nos énoncés de probabilité deviennent de plus en plus complexes, nous ne pouvons toujours pas prédire avec certitude dans une situation donnée qui optera pour le suicide et qui choisira de vivre.

Cette expérience invalide-t-elle l'étude du suicide? Bien sûr que non. Comme l'indique ce rapport, les membres du groupe d'étude ont beaucoup appris. Au départ, quand nous nous sommes joints au groupe, nous avions des secteurs d'intérêt et de compétence reconnus. L'interaction a permis d'élargir notre base de connaissances de manière à englober les perspectives présentées par d'autres membres. Nous avons fixé des limites; nous avons tenté d'éviter les débats existentiels ainsi que les incursions dans le domaine de la philosophie, de la théologie, etc. Nous avons essayé également de savoir ce que les Canadiens avaient écrit sur le sujet. Somme toute, il n'existe pas beaucoup de matériel canadien sur le suicide (bien que, selon les conclusions du groupe d'étude, il y aurait tout à coup de plus en plus d'articles canadiens publiés sur le sujet).

Notre façon de comprendre et de définir la tâche a changé plusieurs fois, tout comme notre façon de recueillir et d'organiser le matériel. De même, la formulation des recommandations s'est révélée plus difficile que ce que l'on prévoyait à l'origine. Finalement, nous avons réduit à 40 le nombre de nos recommandations officielles. Plusieurs autres recommandations ont été réduites à des "suggestions" ou "points à examiner", principalement parce qu'elles faisaient appel au bon sens même si leur efficacité était impossible à démontrer.

Voici quelques-unes des conclusions plus pertinentes du groupe d'étude :

1) Si, à une certaine époque, le suicide au Canada était presque exclusivement le lot des hommes âgés, au cours des 15 à 20 dernières années, il est devenu de plus en plus fréquent chez les hommes jeunes.

2) Le suicide impose un lourd tribut à la société canadienne, particulièrement pour ce qui est des années de vie productive perdues.

3) Le nombre de tentatives de suicide et leurs répercussions sur la société sont difficiles à établir, mais on croit que ce phénomène est plus important que le suicide lui-même tant du point de vue du nombre que des répercussions.

4) Les hommes qui se suicident emploient de préférence des armes à feu (autres que le pistolet). Les femmes, par contre, optent pour les médicaments.

5) Les taux et les modes de suicide présentent des différences régionales importantes, tout comme la multitude de facteurs qui peuvent y contribuer.

6) Les facteurs sociaux qui contribuent au suicide varient considérablement selon le sexe. Dans tous les groupes d'âge les taux chez les hommes sont plus élevés que chez les femmes.

7) Les facteurs sociaux, médicaux, psychiatriques et psychodynamiques sont diversement reconnus comme étant des facteurs suicidogènes chez les individus vulnérables. Les membres du groupe d'étude favorisent généralement un modèle de causalité interactionnel comme étant le plus probable et par ailleurs le plus raisonnable, compte tenu des résultats de la recherche et de l'expérience clinique.

8) Sept groupes à "haut risque" ont été recensés dans l'ensemble de la population canadienne. La liste n'est pas exhaustive. Y figurent les individus souffrant de troubles mentaux, les alcooliques, les jeunes, les personnes âgées, les autochtones, les prisonniers ainsi que les personnes affligées par le suicide d'un proche. Avec chacun de ces groupes, il faut utiliser des stratégies de prévention, d'intervention et de postvention appropriées.

9) Les problèmes que pose la base de données ont trait aux variations dans les méthodes d'établissement des certificats de décès. Malgré leur importance, ces problèmes ne sont pas insurmontables.

10) Comme le signale un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (1982b), "il y a tout lieu de croire que les conditions sociales qui peuvent être modifiées sont les principaux déterminants du suicide". Par conséquent, bien qu'il s'agisse d'un projet ambitieux, il importe d'envisager des mesures visant à améliorer les conditions sociales qui peuvent contribuer au suicide (et à d'autres comportements autodestructeurs).

11) Les attitudes de la société à l'égard du suicide et sa capacité de répondre aux individus qui envisagent éventuellement d'accomplir ce geste sont mieux cernées par la mise sur pied de programmes d'éducation publique. Le rôle des médias revêt, il va sans dire, une grande importance en vue du succès de pareils programmes.

12) Malgré le simplisme de pareille démarche, la réduction des moyens disponibles et de leur létalité constitue l'une des principales méthodes pour prévenir de nombreux cas de suicide.

13) La valeur des programmes de prévention, d'intervention et de postvention en matière de suicide est étroitement liée à la compétence de ceux qui les appliquent. Les membres du groupe d'étude s'inquiètent surtout du manque de formation et de préparation formelle de la plupart des professionnels de la santé mentale et des groupes de sentinelles lorsqu'il s'agit de faire face au suicide.

14) Bien que les programmes canadiens de prévention, d'intervention ou de postvention en matière de suicide qui aient fait l'objet d'une évaluation officielle soient rares, il existe au pays plusieurs programmes qui mériteraient d'être étudiés et même imités.

15) Dans leur travail, les membres du groupe d'étude ont constamment été confrontés à l'absence relative de bons travaux canadiens de recherche sur le suicide (et les comportements autodestructeurs connexes). L'une des principales conclusions du présent rapport, c'est que les Canadiens (et tous les paliers de gouvernement) doivent reconnaître que le suicide constitue un important problème de santé publique et, par conséquent, attribuer davantage de fonds, d'installations et de moyens à la recherche sur le suicide.

Les membres du groupe d'étude espèrent, il va sans dire, que l'on accordera toute l'attention voulue aux idées exprimées ainsi qu'aux suggestions et recommandations formulées dans ce rapport. Si l'on donne suite à certaines de ces propositions, on croit qu'il en résultera à long terme une baisse à la fois du taux et des répercussions du suicide au Canada.

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

La portée et la nature de ces recommandations sont le reflet de l'expertise des membres du groupe d'étude. Ce sont les priorités des provinces et des territoires en matière de santé mentale qui déterminent la pertinence et l'urgence des recommandations. Quelque tragique qu'il soit, le suicide est un phénomène rare dont les répercussions sociales sont plus limitées que celles d'autres problèmes de santé mentale comme le soin et le traitement de malades mentaux chroniques, les besoins en santé mentale des victimes de violence comme les femmes battues et les enfants maltraités ou négligés et, enfin, les problèmes de santé mentale qui accompagnent le vieillissement. En outre, toutes les recommandations ne s'appliqueront pas à l'ensemble du pays. Certaines peuvent avoir déjà été mises en oeuvre dans les services provinciaux ou locaux de santé mentale où le besoin peut avoir été comblé par des services non prévus par le groupe d'étude.

RECOMMANDATION (PARTIE III)

1. Les professionnels de la santé mentale de chaque province et territoire qui sont bien informés sur le suicide devraient s'efforcer de mettre au point un mode de classification qui servirait à déterminer la cause et le mode de décès, en appliquant des critères uniformes et objectifs qui indiquent les degrés de probabilité.

RECOMMANDATIONS (PARTIE IV)

2. Les professionnels de la santé mentale qui connaissent bien la question du suicide devraient travailler de concert avec les représentants des médias dans le but d'atténuer les effets négatifs des reportages sur les cas de suicide dans les médias.

3. Les autorités en santé mentale ou publique devraient, de concert avec les médias (par exemple, les conseils de presse), mettre au point des programmes de sensibilisation du public destinés à atténuer la stigmatisation rattachée à la recherche d'un traitement en période de dépression, à informer le public des signes précurseurs du suicide et à mettre la société au courant des divers mécanismes d'adaptation pouvant être utiles en période de crise.

4. Il faudrait prendre des mesures visant à réduire la létalité et l'accessibilité des instruments de suicide (par exemple, l'application plus sévère des lois régissant la possession d'armes à feu, une surveillance plus étroite de la distribution des médicaments et, dans la mesure du possible, la réduction de l'accessibilité des risques attrayants).

5. Les gouvernements devraient fournir de l'aide (par exemple aux universités et aux collèges) afin de permettre l'établissement du programme d'éducation et de formation interdisciplinaires qui s'adresseraient aux diverses disciplines concernées (par exemple les professionnels de la santé et les sentinelles) afin d'accroître leur compétence dans leur travail auprès des suicidaires.

6. Compte tenu de la série unique de problèmes inhérents aux services pénitentiaires, il y aurait lieu de prévoir des ateliers de formation en prévention du suicide pour tous les agents des établissements pénitentiaires ainsi que pour les policiers qui oeuvrent dans les établissements de détention préventive dans toutes les administrations.

7. Les questions relatives au suicide qui préoccupent particulièrement certaines disciplines ou certains groupes devraient être abordées dans d'autres instruments de formation élaborés par le groupe concerné (par exemple les médecins, le clergé, le corps enseignant).

8. Les enseignants devraient être renseignés, soit dans le cadre du programme de formation initial ou d'un programme de perfectionnement, sur les techniques de détection et d'évaluation des risques suicidaires chez les élèves, ainsi que sur les services de counseling offerts dans la collectivité.

9. Une évaluation immédiate par le personnel ayant reçu une formation appropriée devrait être exigée pour tout individu à risque suicidaire admis dans une salle d'urgence d'un hôpital général.

10. Si les ressources le permettent, on devrait mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pour les urgences psychiatriques et envisager la participation de bénévoles ayant reçu une formation pertinente.

11. On devrait encourager l'équipe psychiatrique d'urgence à communiquer efficacement avec d'autres services de santé mentale dans la collectivité de même qu'avec la police et les services-secours.

12. Une personne suicidaire hospitalisée dans une unité médicale ou chirurgicale devrait être évaluée le plus tôt possible après son admission par du personnel ayant reçu une formation appropriée.

13. Le *Canadian Council of Crisis Centres* devrait, si possible, passer en revue les normes et l'efficacité des centres existants, élaborer des lignes directrices pour les centres canadiens et instaurer un mécanisme d'évaluation et d'agrément de ces centres.

14. On devrait effectuer des études d'évaluation des services-secours au Canada afin de déterminer le type, l'orientation et l'effet des services dispensés.

15. Toutes les fois qu'on peut faire appel à des professionnels qualifiés, on devrait procéder à des autopsies psychologiques dans tous les cas de décès suspects de suicide dans les hôpitaux psychiatriques et généraux, les prisons, les cliniques communautaires et les services de liberté surveillée.

16. Les professionnels de la santé devraient inclure des études de prise en charge de cas dans leurs enquêtes courantes sur tous les suicidés qui ont des antécédents récents de traitement psychiatrique.

RECOMMANDATIONS (PARTIE V)

17. Il y a lieu d'encourager vivement les efforts qui visent à réduire l'incidence de l'alcoolisme.

18. Les gouvernements devraient envisager de soutenir davantage les organismes qui participent au traitement des alcooliques et de leurs familles.

19. Les ministres provinciaux de l'éducation devraient envisager la possibilité de mettre au point des programmes provinciaux de santé mentale à l'intention des adolescents du réseau scolaire en mettant l'accent sur les facteurs essentiels au développement de l'assurance et de l'estime de soi, sur les stratégies de résolution des problèmes et de prises de décisions et sur les habiletés interpersonnelles.

20. Dans le traitement des jeunes à risque, il faudrait reconnaître et prendre en considération leur vulnérabilité ainsi que les influences du milieu.

21. Il faudrait faire un effort concerté afin de cerner les lacunes dans les services de psychiatrie et de counseling destinés aux jeunes et d'établir des programmes fondés sur une approche globale à la famille et aux problèmes des jeunes.

22. Toute forme d'automutilation ainsi que toute menace de suicide de la part des jeunes devraient être prises au sérieux et donner lieu à une évaluation professionnelle et à une intervention thérapeutique pertinente.

23. Il faudrait mettre en oeuvre de vastes programmes de soins à l'intention des personnes âgées.

24. L'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies de prévention du suicide à l'intention des autochtones devraient reposer sur une approche globale et culturelle.

25. Tous les travailleurs en santé communautaire qui dispensent des services sanitaires, éducatifs et sociaux aux autochtones devraient avoir accès à un réseau d'experts-conseils en santé mentale qui assurerait la liaison et le soutien.

26. Il faudrait s'efforcer d'améliorer la communication au sein des établissements correctionnels et d'un établissement à l'autre ainsi qu'entre les établissements et les programmes de réadaptation postdétention pour ce qui est du comportement suicidaire des détenus. Cela pourrait se faire au moyen d'un système uniformisé de rapports d'incidents relatifs au comportement suicidaire qui serait utilisé dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux et les organismes de détention.

27. Dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire et afin de déterminer quelles sont les techniques les plus efficaces pour prendre en charge le détenu suicidaire, il convient de diffuser largement les résultats de la recher-

che à l'aide de ressources telles que la bibliothèque du ministère du Solliciteur général du Canada.

28. Il faudrait fournir aux professionnels et aux bénévoles l'occasion de s'inscrire à des programmes de formation axés sur l'affliction des individus proches des victimes de suicide.

29. Il faudrait encourager les travailleurs de la santé mentale à établir le contact avec les endeuillés le plus tôt possible après le suicide afin de leur fournir un soutien émotionnel et psychologique ainsi que de l'information sur les services locaux de counseling disponibles.

30. Il importe de déterminer dans quelle mesure les modèles existants atteignent leurs objectifs afin de mettre au point des programmes efficaces à l'intention des personnes affligées par le suicide d'un proche.

RECOMMANDATION (PARTIE VI)

31. Il faudrait revoir de façon permanente toutes les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale afin d'établir des dispositions uniformes visant à améliorer la sécurité des suicidaires.

RECOMMANDATIONS (PARTIE VII)

32. Les autres provinces et territoires devraient évaluer le modèle albertain de prévention du suicide afin de pouvoir l'appliquer chez eux.

33. Les ministères fédéral et provinciaux qui s'occupent de la santé mentale devraient compter parmi leurs employés un haut fonctionnaire chargé d'élaborer des programmes de prévention du suicide et de faciliter la recherche. (Le modèle albertain qui prévoit la nomination d'un spécialiste provincial en suicidologie devrait être envisagé dans la mesure du possible.)

34. Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient collaborer afin d'établir une base de données nationales sur la mortalité et d'examiner la question de l'alimentation obligatoire du système en données.

35. Il faudrait évaluer les méthodes actuelles de collecte de données afin de permettre la mise au point de techniques plus efficaces et uniformes.

36. Il faudrait autoriser les coroners et les médecins-légistes provinciaux à permettre aux chercheurs agréés d'avoir accès aux dossiers des individus et à leur faciliter la collecte d'autres données par l'entremise des coroners et des services de police locaux. (À cette fin, il se peut que l'on doive modifier les lois actuelles concernant le secret professionnel.)

37. Il faudrait diffuser les résultats de la recherche sur le suicide et la tentative de suicide dans le réseau médico-hospitalier.

38. Il faudrait encourager la recherche pluridisciplinaire sur l'efficacité des méthodes de formation à l'intention de ceux qui s'occupent du suicide et des suicidaires.

39. Il faudrait de façon prioritaire accroître les crédits octroyés par le gouvernement pour la recherche sur le suicide.

40. Il faudrait accorder la priorité à la recherche multidisciplinaire effectuée dans plusieurs centres et mettre particulièrement l'accent sur les différents facteurs (notamment l'intégration sociale, l'isolement, les troubles mentaux, l'alcoolisme, l'abus de drogue, les difficultés familiales et scolaires) qui influent sur les jeunes qui ont des tendances suicidaires.

ANNEXE 2

RÉFÉRENCES

Achté, K.A., Stinback, A. et Teravinen, H. On suicides committed during treatment in psychiatric hospitals. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1966, 42 (3), 272-284.

Adam, K. Parental loss and family disorganization in the predisposition to suicidal behaviour. In M. Soubrier et J.P. Vedrinne (Éd.), Depression and Suicide. Paris: Pergamon Press, 1983a.

Adam, K. Suicide and attempted suicide. Medicine North America, April, 1983b, 3200-3207.

Adam, K., Bianchi, G., Hawker, F., Nairn, L., Sandford, M. et Scarr, G. Interpersonal factors in suicide attempts. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1978, 12, 59-63.

Adler, A. Suicide. Journal of Individual Psychology, 1958, 14, 57-61.

American Psychiatric Association, The American College of Emergency Physicians, and The Michigan Department of Public Health. Summary of the Deliberations of the Task Forces of The American Psychiatric Association, The American College of Emergency Physicians and the Michigan Department of Public Health. Unpublished document. Detroit, Michigan: Michigan Department of Public Health, 1978.

Argen, H. Life at risk: Markers of suicidality in depression. Psychiatric Developments, 1983, 1, 87-104.

Asberg, M., Traskman, L. et Thoren, P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? Archives of General Psychiatry, 1976, 33, 1193-1197.

Atcheley, R.C. The social forces in later life. Belmont, California: Wadsworth Pub., 1977.

Atkinson, M. Suicides in contemporary western cultures. Presented at the Sixth International Conference for Suicide Prevention, Mexico City, 1972.

Atkinson, M., Kessel N. et Dalgaard, J.B. The comparability of suicide rates. British Journal of Psychiatry, 1975, 127, 247-256.

Attkisson, C.C. Suicide in San Francisco's skid-row. Archives of General Psychiatry, 1970, 23, 149-157.

Averill, J.R. Grief, it's nature and significance. Psychological Bulletin, 1968, 70 (6), 721-748.

Bagley, C. Some bases for the prevention of suicidal behaviour in adolescents in Alberta. Manuscrit inédit, 1982.

Bagley, C. et Ramsay, R. The meanings and experiences of suicidal behaviors in an urban population. Presented at the Annual Meeting of the American Association of Suicidology, Anchorage, Alaska, 1984.

Bagley, C. et Ramsay, R. Problems and priorities in research on suicidal behaviours: An overview with Canadian implications. Canadian Journal of Community Health, 1985, 4 (1), 15-49.

Barraclough, B. Suicide in the elderly. In D.W.K. Kay et A. Walk (Éd.), Recent Developments in Psychogeriatrics: A Symposium. Ashford, England: Headley, 1971.

Barraclough, B. Suicide prevention, recurrent affective disorder and lithium. British Journal of Psychiatry, 1972, 121, 391-392.

Barraclough B., Bunch, J., Nelson, B. et Sainsbury, P. A hundred cases of suicide: Clinical aspects. British Journal of Psychiatry, 1974, 125, 355-73.

Barraclough, B. The different incidence of suicide in Eire and in England and Wales. British Journal of Psychiatry, 1978, 132, 36-38.

Barraclough, B. et Shea, M. Suicide and samaritan clients. The Lancet, 1970, 24, 868-870.

Barraclough, B. et Shephard, D.M. The immediate and enduring effects of the inquest on relatives of suicides. British Journal of Psychiatry, 1977, 131, 400-404.

Bartolucci, G. et Dryer, C.S. An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals. American Journal of Psychiatry, 1973, 130, 953-160.

Batchelor, I.R.C. et Napier, M.B. Attempted suicide in old age. British Medical Journal, 1953, 2, 1186.

Battle, A.O., Puckett, M.A. et Battle, M.V. The psychological autopsy of a homicidal-suicidal chronic caller. Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise. Ottawa (Ontario) du 17 au 20 juin 1979.

Baxter, S., Chodorkoff, B. et Underhill, R. Psychiatric emergencies: Dispositional determinants and the validity of the decision to admit. American Journal of Psychiatry, 1968, 124, 1542-1548.

Beck, A., Schuyler, D. et Herman, I. Development of suicidal intent scales. In A. Beck, H. Resnik et D. Lettieri (Éd.), The prediction of suicide. Maryland: Charles Press, 1974.

Benson, R.A. et Brodie, D.C. Suicide by overdoses of medicines among the aged. Journal of American Geriatric Society, 1975, 23, 304.

Berman, A.L. et Cohen, S.R. Suicide and the standard of care: Optimal vs. acceptable. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1982, 12 (2), 114-122.

Biesser, A.R. et Blanchette, J.E. A study of suicide in a mental hospital. Diseases of the Nervous System, 1961, 22 (7), 365-369.

Black, D. et Pond, D. Management of patients after self-poisoning. British Medical Journal, 1980, 281, 1141.

Blumenthal, S. et Bergner, L. Suicide and newspapers: A replicated study. American Journal of Psychiatry, 1973, 130 (4), 468-471.

Boldt, M. (Président) Report of the Alberta Task Force on Suicide to the Minister of Social Services and Community Health, The Honorable Helen Hunley. Alberta, Canada, 1976.

Boldt, M. Suicidal Behaviour: Should it be reported to a central registry? Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa (Ontario) du 17 au 20 juin 1979.

Boldt, M. Un modèle pour la prévention du suicide, l'intervention et la postvention: propositions du groupe de travail de l'Alberta. Santé mentale au Canada, 1982, 15-19.

Boldt, M. Toward the development of a systematic approach to suicide prevention: The Alberta model. Canada's Mental Health, 1985, 33 (2), 2-4.

Boldt, M. et Solomon, M. Interim report on suicide. Phase one: Youth suicide. Rapport inédit présenté au Alberta Social Services and Community Health (The University of Calgary CA2 AL HS77 R271), 1977.

Bolin, R.K., Wright, R.E., Wilkinson, N.N. et Linder, C.K. Survey of suicide among patients on home leave from a mental hospital. The Psychiatric Quarterly, 1968, 42 (1), 81-89.

Boor, M. Methods of suicide and implications for suicide prevention. Journal of Clinical Psychology, 1981, 37 (1), 70-75.

Bowlby, J. Attachment and loss (Vol. I). New York: Basic Books Inc., 1969.

Brenner, H. Fetal, infant and maternal mortality during periods of economic instability. International Journal of Health Services, 1973, 3, 145-59.

Brenner, M. Mortality and the national company. The Lancet, 1979, 3, 568-570.

Brenner, M. et Mooney, A. Unemployment and health in the context of economic change. Social Science and Medicine, 1981, 17 (16), 1125-1138.

Brown, J.H. Reporting of suicide: Canadian statistics. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1975, 5, 5-20.

Brown, J.H. Aetiology. Working Paper for the National Task Force on Suicide in Canada, 1980.

Brown, J.H. Addendum to the role of mental illness in suicidal behaviour. Working Paper of The National Task Force on Suicide in Canada, 1982.

Brown, J.H. Communication personnelle avec le Dr D. Syer-Solursh, 1983.

Browning, C.H. Epidemiology of suicide firearms. Comprehensive Psychiatry, 1974, 15 (6), 549-553.

Browning, C.H. Suicide, firearms and public health. American Journal of Public Health, 1974, 64 (4), 313-317.

Brugha, T. et Walsh, D. Suicide past and present – the temporal constancy of under-reporting. British Journal of Psychiatry, 1978, 132, 177-179.

Bugen, L.A. Human grief: A model for prediction and intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 1977, 47 (2), 196-206.

Buksbazen, C. Legacy of a suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1976, 6 (2), 106-122.

Burston, G.R. Self-poisoning in elderly patients. Journal of Clinical Gerontology, 1969, 11, 279.

Cain, A.C. The legacy of suicide. Psychiatry, 1966, 29, 406-411.

Cain, A.C. et Fast, I. Children's disturbed reactions to parent suicide. American Journal of Orthopsychiatry, 1966, 16 (5), 873-880.

Cain, A.C. et Fast, I. The legacy of suicide: Observations on the pathogenic impact of suicide upon marital partners. In A.C. Cain (Ed.), Survivors of suicide. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1972.

Card, J.J. Lethality of suicidal methods and suicide risk: Two distinct concepts. Omega, 1974, 5 (1), 37-45.

Carroll, B.J., Greden, J.F. et Feinberg, M. Suicide, neuroendocrine dysfunction and CSF 5-HIAA concentrations in depression. In B. Augrist (Ed.), Recent Advances in Neuropsychopharmacology. Oxford: Pergamon Press, 1981.

Catalan, J., Hewett, J., Kennard, C. et McPherson, J. The role of the nurse in the management of deliberate self-poisoning in the general hospital. International Journal of Nursing Studies, 1980, 17, 275-82.

Chafetz, M.E. Addiction III: Alcoholism. In H.I. Kaplan, A.M. Freedmand and B.J. Sadock (Eds.), Comprehensive Text Book of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins Company, 1967.

Chapman, R.F. Suicide during psychiatric hospitalization. Bulletin of the Menninger Clinic, 1965, 29 (2), 35-44.

City of Toronto. Report of the Medical Officer of Health. Department of Public Health, 1982.

Cochrane, R. et Robertson, A. Stress in the lives of parasuicides. Social Psychiatry, 1975, 10, 161-171.

Cohen-Sandler, R., Berman, A.L. et King, R.A. Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1982, (2), 178-186.

Cormier, H.J. et Klerman, G.L. Suicide, économie et environnement social au Québec, 1950-1981. L'Union médicale du Canada, 1985a, 114, 1-5.

Cormier, H.J. et Klerman, G.L. Unemployment and male-female labour force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec. Social Psychiatry, 1985b, 20, 109-114.

Coroner's Act (British Columbia). Chapter 15. S.B.C., 1975.

Coroner's Act (Ontario), 1972. Chapter 98 as amended in 1974, Chapters 38, 95 and 103, 1978.

Cosand, B.J., Bourque, L.B. et Kraus, J.F. Suicide among adolescents in Sacramento County, California, 1950-1979. Adolescence, 1982, 17, 917-930.

Cumming, E., Lazer, C. et Chisholm, L. Suicide as an index of role strain among employed and not employed married women in British Columbia. Review of Canadian Sociology and Anthropology, 1978, 12 (4), 462-70.

Curlée, W.V. Suicide and self-destructive behavior on the Cheyenne River Reservation. In Suicide Among American Indians (United States Department of Health, Education and Welfare, Publication No. 1903), Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1969.

Curphy, T.J. The forensic pathologist and the multidisciplinary approach to death. In E.S. Schneidman (Ed.), Essays in self-destruction. New York: Science House, 1967.

Curphy, T.J. The role of a social scientist in the medico-legal certification of death from suicide. In N.L. Farberow et E.S. Shneidman (Eds.), The cry for help. New York: McGraw-Hill, 1971.

Curphy, T.J., Shneidman, E.S. et Farberow, N.L. Drugs, deaths and suicides – problems of the coroner. In W.G. Clark et J. del Guidic (Eds.), Principles of psychopharmacology (1st Ed.). New York: Academic Press, 1970.

Davis, P. Suicidal adolescents. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1983.

de Lint, J. et Levinson, T. Mortality among patients treated for alcoholism: A five year follow up. Canadian Medical Association Journal, 1975, 113, 385-387.

Diller, J. The psychological autopsy in equivocal deaths. Perspectives in Psychiatric Care, 1979, 17 (4), 156-160.

Direction des services médicaux. Guide de santé des Indiens et Inuit, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa 1982.

Direction des services médicaux (Région du Pacifique) Santé et Bien-être social Canada, Rapport annuel, 1977, document inédit.

Dooley, D. et Catalano, R. Economic change as a course of behavioural disorder. Psychiatric Bulletin, 1980, 87, 350.

Dorpat, T.L. et Ripley, H.S. The relationship between attempted suicide and completed suicide. Comparative Psychiatry, 1967, 8, 74.

Dorpat, T.L., Anderson, W.F. et Ripley, H.S. The relationship of physical illness to suicide. In H.L.P. Resnik (Ed.), Suicidal Behaviors: Diagnosis and Management. Boston: Little, Brown & Co., 1968.

Doughty, J.H. Mortality in terms of lost years of life. Canadian Journal of Public Health, 1951, 42, 134-41.

Douglas, J.D. The social meanings of suicide. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1967.

Dublin, L.I. Suicide: A sociological and statistical study. New York: The Ronald Press, 1963.

Dublin, L.I. Suicide: a public health problem. Paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, Kansas City. Publié dans E.S. Shneidman (Ed.), Essays in Self-Destruction. New York: Science House, 1967.

Durkheim, E. Le suicide, étude en sociologie, Librairie Félix Alcan, Presses universitaires de France, Paris 1960. (Publication originale, 1867)

Dyck, R., Newman, S. et Thompson, A.H. Suicide Trends in Canada, 1956-1981. Unpublished document available from R. Dyck, Provincial Suicidologist, Alberta Mental Health Services, 10030 – 107 Street, Edmonton, Alberta, T5J 3E4.

Eastwood, M.R. Epidemiology of suicide in Canada. Présenté au Groupe de travail national sur le suicide au Canada, 1981.

Eastwood, M.R., Henderson, A.S. et Montgomery, I.M. Personality and parasuicide, methodological problems. Medical Journal of Australia, 1972, 1, 170-175.

Eastwood, M.R. et Peacock, J. Seasonal patterns of suicide, depression and electroconvulsive therapy. British Journal of Psychiatry, 1976, 129, 472-475.

Elgin, P. Fact and artifact in the production of teenage suicide problems: The Ontario Coroners' system and the suicidologist. Presented to the American Association of Suicidology, Dallas, Texas, 1983.

El-Guebaly, N. et Lee, M. Alcoholism and gun control. Canadian Psychiatric Association Journal, 1977, 22, 243-251.

Elinson, L., Goettler, F. and Kuhl, D. Epidemiological characteristics of suicide in the city of Toronto. Canadian Journal of Public Health, 1983, 74, 422-427.

Engel, G. Is grief a disease? Psychosomatic Medicine, 1961, 23 (1), 18-22.

Ennis, J. Self-harm (Pt. 1). Canadian Medical Association Journal, 1983a, 1, 21-27.

Ennis, J. Self-harm (Pt. 2). Deliberate nonfatal self-harm. Canadian Medical Association Journal, 1983b, 2, 121-125.

Ennis, J. et Barnes, R.A. Long-term patterns of hospital care among patients with multiple self-harm episodes. Presented at Research Day, Department of Psychiatry, University of Toronto, September 23, 1983.

Eyer, J. Prosperity as a cause of death. International Journal of Health Services, 1977, 7, 125-150.

Farber, M.L. Theory of suicide. New York: Funk and Wagnall, 1968.

Farberow, N. (Ed.). The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior. New York: McGraw-Hill, 1980.

Farberow, N.L. Adolescent suicide. Présenté lors du symposium du C.M. Hincks Treatment Centre – - The Adolescent and Mood Disturbance, Toronto, November, 1979.

Farberow, N.L. Guidelines for suicide prevention in the hospital. Hospital and Community Psychiatry, 1981, 32 (2), 99-104.

Farberow, N.L. et Mackinnon, D. A suicide prediction schedule for neuropsychiatric hospital patients. Journal of Nervous and Mental Disorders, 1974, 158, 408-419.

Farberow, N.L., MacKinnon, D.R. et Nelson, F.L. Suicide: Who's counting? Public Health Reports, 1977, 92 (3), 223-232.

Farberow, N.L. et Moriwaki, S. Self-destructive crises in the older person. The Gerontologist, 1975, 15, 333-337.

Farberow, N.L., Shneidman, E.S. et Neuringer, C. Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. Journal of Nervous and Mental Diseases, 1966, 142 (1), 32-314.

Fatality Inquiries Act (Alberta), 1976.

Ferrence, R.G. et Johnson, F.G. Factors affecting reported rates of self-injury. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1974, 4, 54-66.

Frankel, B., Ferrence, R., Johnson, F.G. et Whitehead, P.C. Drinking and self-injury: Toward untangling the dynamics. British Journal of Addiction, 1976, 71 (4), 299-306.

Freud, S. Au-delà du principe du plaisir. Dans: Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1963.

Freud, S. Deuil et mélancolie. Dans: Métapsychologie, Paris, Gallimard, 1952.

Gardner, E.A., Bahn, A.K. et Mack, M. Suicide and psychiatric care in the aging. Archives of General Psychiatry, 1964, 10, 547.

Garfinkel, B.D. Suicidal behaviour in a paediatric population. Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa (Ontario) du 17 au 20 juin 1979.

Garfinkel, B.D., Chamberlain, C. et Golombek, H. Completed suicide in Ontario youth. Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa (Ontario) du 17 au 20 juin 1979.

Garfinkel, B.D., Froese, A. et Hood, J. Suicide attempts in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 1982, 139 (10), 1257-1261.

Garfinkel, B.D. et Golombek, H. Suicide in childhood and adolescence. Canadian Medical Association Journal, 1977, 110, 1278-1281.

Garfinkel, B.D. et Golombek, H. Suicide and depression in childhood and adolescence. Canadian Medical Association Journal, 1974, 110, 1278-1281.

Garfinkel, B.D. et Golombek, H. Suicidal behavior in adolescence. In B. Garfinkel et H. Golombek (Eds.), The adolescent and mood disturbance. New York: International Press, 1982.

Getz, W.L., Fujita, B.N. et Allen, D. The use of paraprofessionals in crisis intervention: Evaluation of an innovative program. American Journal of Community Psychology, 1975, 3, 135-144.

Giffin, M. et Felsenthal, C. A cry for help. New York: Doubleday and Co., 1983.

Goldney, R.D. et Burvill, P.W. Trends in suicidal behaviour and its management. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1980, 14, 1-15.

Goldney, R.D. et Katsikitis, M. Cohort analysis of suicide rates in Australia. Archives of General Psychiatry, 1983, 40, 71-74.

Golombek, H. Adolescent Suicide Panel Presentation. Proceedings of the Annual Meeting of the American Orthopsychiatric Association, Toronto, April 7-11, 1984.

Goodwin, P.W. Alcohol in suicide and homocide. Quarterly Journal of Studies in Alcoholism, 1973, 34, 144-155.

Greer, S. et Bagley, C. Effect of psychiatric intervention in attempted suicide: A controlled study. British Medical Journal, 1971, 1, 310.

Grossman, S.A., et Richman, J. The psychological autopsy as part of a suicide prevention program. Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa (Ontario) du 17 au 20 juin 1979.

Groupe de travail sur les statistiques de l'alcool. Alcool au Canada: une perspective nationale. Ottawa: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Hagnell, O. et Rorsman, B. Suicide in the Lundby study: A prospective investigation of stressful life events. Neuropsychobiology, 1980, 6, 319-32.

Hankoff, L.D. Physiochemical correlates. In L.D. Hankoff and B. Einsidler (Eds.), Suicide: Theory and clincal aspects. Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing Co. Inc., 1979.

Harnois, G. Comité de santé mentale du Québec, Avis sur la prévention du suicide. Québec: Gouvernemeat du Québec, 1982.

Harris, Z. Les dix étapes de l'établissement d'un groupe d'entraide, Santé mentale au Canada, 1981, 29(1), p. 16 et 32.

Hassall, C. et Trethowan, W. Suicide in Birmingham. British Medical Journal, 1972, 1, 717-718.

Hellon, C.P. et Solomon, M.I. Suicide and age in Alberta, Canada, 1951-1977: The changing profile. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 505-510.

Hill Report. Hospital Treatment of Acute Poisoning. London: Her Majesty's Stationery Office, 1968.

Hirsch, S. A critique of volunteer-staffed suicide/prevention centres. Canadian Journal of Psychiatry, 1982, 26, 406-410.

Holding, T.A. et Barraclough, B.M. Psychiatric morbidity in a sample of accidents. British Journal of Psychiatry, 1977, 130, 244-52.

Hutton, C., Valente, S. et Rink, A. Suicide: Assessment and intervention. New York: Appleton-Century-Crafts, 1977.

James, I.P. et Levin, S. Suicide following discharge from psychiatric hospitals. Archives of General Psychiatry, 1964, 10 (1), 43-46.

Jarvis, G. et Boldt, M. Death styles among Canada's Indians. Social Science and Medicine, 1982, 16, 1345-1352.

Jarvis, G., Ferrence, R.G., Whitehead, P.C. et Johnson, F.G. The ecology of self-injury: A multivariate approach. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1982, 12, 90-102.

Johnson, F., Frankel, B., Ferrence, R., Jarvis, G. et Whitehead, P. Self-injury in London, Canada-perspective study. Canadian Journal of Public Health, 1975, 66, 307-316.

Kaplan, H.B. Self-attitudes and deviant behavior. Pacific Palisades, California: Goodyear Publishing Company, 1975.

Kay, D.W.K. et Bergmann, K. Physical disability and mental health in old age. Journal of Psychosomatic Research, 1966, 10, 3.

Kelly, G.A. Suicide: The personal construct point of view. In N.L. Farberow and E.S. Shneidman (Eds.), The cry for help. New York: McGraw-Hill, 1961.

Kendell, Robert. Suicide widespread among alcoholics. The Journal, 1983, 12 (3), 3.

Kennedy, P. Efficacy of a regional poisoning treatment centre in preventing further suicidal behaviour. British Medical Journal, 1972, 2, 255.

Kessel, N. Self-poisoning (Parts I and II). British Medical Journal, 1965, 2, 1265-1270 and 1336-1340.

Kessel, N. et Grossman, G. Studies in Alcoholics. British Medical Journal, 1961, 2, 1671-1672.

Klugman, D.J. The behavioural scientist in the medical examiner-coroner's office. Bulletin of Suicidology, 1979, 6, 45-49.

Koller, K.M. et Castanos, J.N. Attempted suicide and alcoholism. Medical Journal of Australia, 1968, 13, 835-837.

Kraft, D.P. et Babigian, H. Suicide by persons with and without psychiatric contacts. Archives of General Psychiatry, 1976, 33, 209-215.

Kreitman, N. Parasuicide. London: John Wiley & Sons, 1977.

Kreitman, N. The coal gas story. British Journal of Preventive Social Medicine, 1976, 30, 86-93.

Krieger, G. Psychological autopsies of hospital suicides. Hospital and Community Psychiatry, 1968, 19, 218-220.

Krieger, G., Curphy, T.J., Shneidman, E.S., Farberow, N.L. et Tabachnick, N. Investigations of equivocal suicides. Journal of the American Medical Association, 1984, 12, 924-929.

Lalonde, M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, un document de travail, Gouvernement du Canada, Ottawa, avril 1974.

Lang, O. House of Commons Debates, 28th Parliament, 4th Session. Ottawa: Queen's Printer, 1972.

Lavallée, C. Some notes on geriatrics and suicide. Working Paper of National Task Force on Suicide in Canada, 1982.

Lavoie, F. Le climat social des groupes d'entraide: étude de cas. Santé mentale au Canada, 1981, 29(1), pp.13-15.

Lépine, Lorraine. Le suicide chez les personnes âgées au Canada, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1982.

Lester, D. Why people kill themselves (2nd Ed.). Springfield, Mass.: Charles C. Thomas, 1983.

Lester, D. et Murrell, M.E. The preventive effect of strict gun control laws on suicide and homicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1983, 12 (3), 131-140.

Levine, M.B. General practitioners as coroners. British Medical Journal, 1981, 282, 196-197.

Levy, S. et Southcomb, R.H. Suicide in state hospitals for the mentally ill. Journal of Nervous and Mental Diseases, 1953, 134 (2), 117-123.

Liberakis, E.A. et Hoenig, J. Recording of suicide in Newfoundland. The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 1978, 3 (4), 254-259.

Linderman E. et Greer, I.M. A study of grief: Emotional responses to suicide. Pastoral Psychology, 1953, 4 (39), 9-13.

Litman, R.E. et Wold, C.I. Beyond crisis intervention. In E.S. Shneidman (Ed.), Suicidology: Contemporary developments. New York: Greene & Stratton, 1976.

Litman, R.E. Hospital suicides: Lawsuits and standards. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1982, 12 (4), 212-220.

Littmann, S.K. The role of the press in the control of suicide epidemics. In J.P. Soubrier et J. Vedrinne (Éd.), Depression and Suicide. Paris: Pergamon Press, 1983.

Loi sur les coroners, R.S.O., C.93, 1980.

Lortie, G. Le suicide au Québec: de l'avis sur la prévention du suicide du Comité de la santé mentale du Québec. Québec: Direction des politiques de santé, Direction générale de la programmation de la santé, 1981.

Low, A., Farmer, R., Jones, D. et Rohde, J. Suicide in England and Wales: An analysis of 100 years. Psychological Medicine, 1981, 2, 359-368.

MacDonald, J. The inner side of wisdom: Suicide in early modern England. Psychiatric Medicine, 1977, 7, 565-582.

MacMahon, B., Johnson, S. et Pugh, T. Relation of suicide rates to social conditions. Public Health Reports, 1963, 4, 285-293.

Malla, A. et Hoenig, J. Suicide in Newfoundland and Labrador. Canadian Journal of Psychiatry, 1979, 24, 139-46.

Malla, A. et Hoenig J. Under-reporting of suicide. Canadian Journal of Psychiatry, 1983, 28, 291-367

Maris, R. Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors. Baltimore: John Hopkins University Press, 1981.

Mausner, J.S. et Bahn, A.K. Epidemiology. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1974.

Mayfield, D.G. et Montgomery, D. Alcoholism, alcohol intoxication, and suicide attempts. Archives of General Psychiatry, 1972, 27, 349-353.

McCarthy, P.D. et Walsh, D. Suicide in Dublin, Part I: The under-reporting of suicide and the consequences for national statistics. British Journal of Psychiatry, 1975, 126, 301-308.

Meerlo, J.A.M. Hidden suicide. In H.L.P. Resnik (Ed.), Suicidal behaviors. Boston: Little, Brown & Co., 1968.

Menninger, K.A. Man against himself. New York: Harcourt, Brace and Wold, 1938.

Miller, A. A report on psychiatric emergencies. Canadian Hospitals,1979, 36, 36-37.

Miller, J. Suicide and adolescence. Adolescence, 1975, 10, 11-24.

Miller, J., Sakinofsky, I. et Streiner, D. The family and social dynamics of adolescent parasuicide. Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa (Ontario) du 17 au 20 juin 1979.

Mindell, C. et Stuart, P. Suicide and self-destructive behavior in the Oglala Sioux. In Suicide among American Indians (United States Department of Health, Education and Welfare, Publication No. 1903). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1969.

Morgan, H.G. Death Wishes: The understanding and management of deliberate self-harm. New York: John Wiley & Sons, 1979.

Morgenstern, H. Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. American Journal of Public Health, 1982, 72, 1336-44.

Morrison, J.R. et Pendery, M. Suicidal behavior during alcoholic blackouts. Quarterly Journal of Studies in Alcohol, 1974, 35, 657-659.

Moser, K.A., Fox, A.J. et Jones, D.R. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. The Lancet, 1984, 2, 1324-8.

Moser, K.A., Fox, A.J., Jones, D.R. et Goldblatt, P.O. Unemployment and mortality: Further evidence from the OPCS longitudinal study, 1971-81. The Lancet, 1986, 1, 365-367.

Moss, M.L. et Bereiford-Davies, E. A survey of alcoholism in an English county. Altrincham, England: St. Ann's Press, 1967.

Motto, J.A. Suicide and suggestibility – the role of the press. American Journal of Psychiatry, 1967, 124 (2), 252-256.

Motto, J.A. Newspaper influence on suicide: Controlled study. Archives of General Psychiatry, 1970, 23, 143.

Murphy, G.E., Armstrong, J.W. et Hermele, S.I. Suicide and alcoholism: Interpersonal loss confirmed as predictor. Archives of General Psychiatry, 1979, 36, 65-69.

Murphy, G.E. et Robins, E. Social factors in suicide. Journal of the American Medical Association, 1967, 199, 303-308.

Murphy, G.E. et Wetzel, R.D. Suicide risk by birth cohort in the United States, 1949 to 1974. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 519-23.

Murphy, H.B.M. Suicide and parasuicide. In H.B.M. Murphy (Ed.), Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness. Berlin, New York: Springer-Verglag, 1982.

Myers, D.H. et Neal, C.D. Suicide in psychiatric patients. British Journal of Psychiatry, 1978, 133, 38-44.

Nelson, F.L., Farberow, N.L. et MacKinnon, D.R. The certification of suicide in eleven western states: An inquiry into the validity of reported suicide rates. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1978, 8 (2), 75-88.

Neuringer, C. et Lettieri, D.J Suicidal women. New York: Gardner Press, 1982.

Newson-Smith, J.G.B. et Hirsch, S.R. Psychiatric symptoms in self-poisoning patients. Psychological Medicine, 1979, 9, 493-500.

Niswander, G.D., Casey, T.M. et Humphrey, J.A. A panorama of suicide. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1973.

Office of Health Economics. Suicide and deliberate self-harm. London: White Crescent Press, 1981.

O'Neal, P., Robins, E. et Schmidt, E.H. A psychiatric study of attempted suicide in persons over sixty years of age. Archives of General Psychiatry, 1956, 75, 275.

Ontario Council of Health. Mental health services in Ontario: Agenda for action. Toronto: Government of Ontario, 1979.

Ontario Medical Association. Mental Health Services in Ontario: A submission to the Ontario Council of Health. Manuscrit inédit, 1978.

Ontario Mental Health Act, including Bill 19 amendments. Toronto: November 1, 1978.

Ontario Provincial Police College. Suicide: Inservice Training Manual (draft). Aylmer, Ontario: O.P.P.C., 1981.

Organisation mondiale de la Santé. La prévention du suicide, Série Cahiers de santé publique n35. Genève, 1969.

Organisation mondiale de la Santé. Prevention of suicide (Public Health Papers, No. 35). Genève, Suisse: W.H.O., 1982a.

Organisation mondiale de la Santé. Charging pattern in suicide behavior (EURO Report and Study /74). Copenhagen: Denmark, 1982b.

Ovenstone, I.M.K. A psychiatric approach to the diagnosis of suicide and its effect upon the Edinburgh statistics. British Journal of Psychiatry, 1973, 123, 15-21.

Ovenstone, J. et Kreitman, N. Classification of suicide. British Journal of Psychiatry, 1974, 124, 335-345.

Palola, E.G., Dorpat, T.L. et Larson, W.R. Alcoholism and suicidal behavior. In D.J. Pittman et C.R. Snyder (Éd.), Society, culture and drinking patterns. New York: John Wiley & Sons, 1962.

Parad, H.J., Resnik, H.L.P., Ruben, H.L., Zusman, J. et Ruben, D. Crisis intervention and emergency health care: Concepts and principles. In H.L.P. Resnik et H.L. Ruben (Éd.), Emergency psychiatric care. Bowie, Mass.: The Charles Press, 1975.

Parkes, J. Bereavement Counselling. Does it work? British Medical Journal, 1980, July, 3-6.

Paykel, E.S., Myers, J.K., Lindenthal, J.J. et Tanner, J. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 1974, 124, 460-469.

Paykel, E.S., Prusoff, B.A. et Myers, J.K. Suicide attempts and recent life events. Archives of General Psychiatry, 1975, 32 (3), 327-333.

Pearson, J. Alcohol and fatal traffic accidents. Medical Journal of Australia, 1957, 2, 166-167.

Peck, M.L. Police training in handling emotionally disturbed and suicidal persons. Presented to staff of the Los Angeles Suicide Prevention Center, Los Angeles, California, June, 1969.

Pell, B. et Walters, D. La presse et les cas de suicide, Santé mentale au Canada, 1982, 30(4) 10-11.

Peters, R. et Termansen, P.E. Trends in the demography of suicide in Canada. Document inédit, 1982.

Philip, A.E. Traits, attitudes and symptoms in a group of attempted suicides. British Journal of Psychiatry, 1970a, 3, 475-482.

Philip, A.E. Personality and attempted suicide: Traits related to having a prior history of suicidal attempts. Applied Social Studies, 1970b, 2, 35-39.

Phillips, D.P. Suicide, motor vehicle fatalities and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion. American Journal of Sociology, 1979, 84 (5), 1150-1174.

Plamondon, M. et Dionne, P.Y. Violent death and Quebec youth. Atelier tenu lors de la 59e Conférence annuelle de l'Association canadienne pour la santé mentale, Québec, les 21 et 22 octobre 1977.

Platt, S. Unemployment and suicidal behaviour: A review of the literature. Social Science of Medicine, 1984, 19, 93-115.

Platt, S. et Kreitman, N. Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh, 1968-82. Psychology and Medicine, 1985, 15, 113-23.

Pokorny, A.D. Myths about suicide. In H.L.P. Resnik (Ed.), Suicidal behaviors. Boston: Little, Brown and Co., 1968.

Pokorny, A.D. et Kaplan, H.B. Suicide following psychiatric hospitalization. Journal of Nervous and Mental Diseases, 1976, 162 (2), 119-125.

Post, F. The management and nature of depressive illnesses in late life. British Journal of Psychiatry, 1972, 121, 393-404.

Powicke, H. The Canadian directory of crisis centres. Document inédit, 1976.

Pretzel, P.W. Philosophy and ethical considerations of suicide prevention. Bulletin of Suicidology, July, 1968, 30-38.

Pretzel, P.W. Understanding and counselling the suicidal patient. Nashville: Abingdon, 1972.

Pretzel, P.W. Some notes on conducting a psychological autopsy. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1979, 9 (3), 141-144.

Rakoff, V. Anomic suicide: The persistence of a problem. In The Spectrum of Anti-depressant Effects. Actes du VIIe Congrès mondial de psychiatrie, Vienne, 1983.

Ramsay, R.W. Behavioral approaches to bereavement. Behavioral Research and Therapy, 1977, 15, 131-135.

Ramsay, R. et Bagley, C. The meanings and experience of suicidal behaviours in an urban population. Presentation to the Annual Meeting of the American Association of Suicidology, Anchorage, Alaska, 1984.

Ramsay, R. et Bagley, C. The prevalence of suicidal behaviours, attitudes and associated experiences in an urban population. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1985, 15, 151-167.

Resnik, H.L.P. et Hathorne, B.C. Suicide Prevention in the Seventies. (Government Recommended /27786, Chevy Chase, Maryland). Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, 1973.

Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., Gasses, S. et Kayes, J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. American Journal of Public Health, 1959, 49, 888-898.

Robins, E. The final months. New York: Oxford University Press, 1981.

Robinson, W.S. Ecological correlations and the behavior of individuals. American Sociological Review, 1950, 15, 351-357.

Romeder, J.R. Groupes d'entraide en santé mentale: une voie prometteuse, Santé mentale au Canada, 1981, 29(1), p. 10.

Rosen, G. History. In S. Perlin (Ed.), A Handbook for the Study of Suicide. New York: Oxford University Press, 1975.

Ross, C.P. Mobilizing schools for suicide prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1980, 10 (4), 239-243.

Ross, O. et Kreitman, N. A further investigation of differences in the suicide rates of England, Wales and of Scotland. British Journal of Psychiatry, 1975, 127, 575-182.

Rudestam, K.E. Physical and psychological responses to suicide in the family. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 1977, 45 (2), 162-170.

Rushing, W.A. Deviance, interpersonal relations and suicide. Human Relations, 1969, 22, 61-76.

Rybach, R.S. Self-mutilation during alcohol amnesia. British Journal of Psychiatry, 1971, 118, 533-534.

Sainsbury, P. Suicide in London: An ecological study (Maudsley Monograph No.1). London: Chapman & Hall, 1955.

Sainsbury, P. Suicide in later life. Journal of Clinical Gerontology, 1962, 4, 161.

Sainsbury, P. The social relations of suicides – the value of a combined epidemiological and case study approach. Social Science and Medicine, 1972, 6, 189-98.

Sainsbury, P. Clinical aspects of suicide and its prevention. British Journal of Hospital Medicine, 1978, 19, 156-164.

Sainsbury, P. Validity and reliability of trends in suicide statistics. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, OMS, (36), 339-48, 1983.

Sainsbury, P. et Barraclough, B. Difference between suicide rates. Nature, 1968, 220, 1252.

Sainsbury, P. et Jenkins, J.S. The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. Journal of Epidemiology and Community Health, 1982, 36, 43-48.

Sainsbury, P., Jenkins, J.S. et Levey, A. The social correlates of suicide. In R. Farmer et S. Hirsch (Éd.), The suicide syndrome. London: Croom Helm, 1980.

Sakinofsky, I. Depression in the elderly. Coming of Age Conference, Toronto, November 4, 1976a.

Sakinofsky, I. Suicide and depression in the elderly, présenté lors de la réunion annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Vancouver, le 13 novembre 1976b.

Sakinofsky, I. Recension de "Le suicide chez les personnes âgées au Canada" Lorraine Lépine, Santé mentale au Canada, 1982, 30(4), 19-20.

Sakinofsky, I. The relationship between provincial suicide rates in men and women in Canada to social and demographic factors. Hamilton, Ontario: McMaster University and St. Joseph's Hospital, 1983.

Sakinofsky, I. et Roberts, R. The Ecology of Suicide in Canada. In B. Cooper (Éd.), Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects (provisional title). London: Croom Helm, in press.

Sakinofsky, I. et Roberts, R. The correlates of suicide in Canada, 1979-81. Exposé présenté à la réunion annuelle de l'American Psychiatric Association, Dallas, 1985a.

Sakinofsky, I. et Roberts, R. The ecology of suicide in Canada, 1971-81. Exposé présenté à la Section of Epidemiology and Community Psychiatry, Symposium on the Future of Psychiatric Epidemiology, Association mondiale de psychiatrie, Édimbourg 1985b.

Sakinofsky, I., Roberts, R. et Van Houten, A. The end of the journey: A study of suicide across Canada. Exposé présenté lors du 8e Congrès international sur la prévention du suicide, Jérusalem, octobre 1975.

Sanborn, D.E. et Sanborn C.J. The psychological autopsy as a therapeutic tool. Diseases of the Nervous System, 1976, 37 (1), 4-8.

Schmidt, W. et de Lint, J. Causes of death of alcoholics. Quarterly Journal of Studies of Alcoholism, 1970, 31, 957-964.

Schwarz, L. et Field, S.P. The alcoholic patient in the psychiatric hospital emergency room. Studies in Alcoholism, 1969, 30, 104-111.

Seiden, R.H. Where are they now?: A follow-up study of suicide attempts from the Golden Gate Bridge. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1978, 8, 203-216.

Selyé, H. Le stress de la vie: le problème de l'adaptation, Paris, Gallimard, 1975.

Service correctionnel du Canada. Self-inflicted injuries and suicides. Bureau de consultation de la gestion, document inédit, 1981.

Sexias, F., Williams, K. et Eggleston, S. (Éd.). Medical consequences of alcoholism. Annals of the New York Academy of Sciences, 1975, Vol. 252.

Shaffer, D. Suicide in childhood and early adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1974, 15 (4),275-291.

Shepherd, D. et Barraclough, B.M. The aftermath of suicide. British Medical Journal, 1974, 11, 600-603.

Shneidman, E.S. Suicide, lethality and the psychological autopsy. International Psychiatric Clinic, 1969, 6, 225-250.

Shneidman, E.S. Recent developments in suicide prevention. In E.S. Schneidman (Ed.), The Psychology of Suicide. New York: Science House, 1970.

Shneidman, E.S. Suicide. In Encyclopedia Britannica. New York: Encyclopedia Britannica Inc., 1973.

Shneidman, E.S. Is suicide always a psychopathological event? Panel Discussion. Réunion annuelle de l'American Psychiatric Los Angeles, mai 1984.

Shulman, K. Suicide and parasuicide in old age. A Review of Age and Aging, 1978, 7, 201-209.

Silbert, R. Psychiatric patients in the admitting emergency room: House officer training in management. Archives of General Psychiatry, 1964, 11, 24.

Silverman, P. Intervention with the widow of a suicide. In A. Cain (Éd.), Survivors of suicide. Springfield, Illinois: Thomas, 1972.

Simos, B. A time to grieve: Loss as a universal human experience. New York: Family Service Association of America, 1977.

Simpson, M.A. Self-mutilation and suicide. In E.S. Shneidman (Ed.), Suicidology: Contemporary developments. New York: Greene and Stratton, 1976.

Singer, M.T. Teenage suicide: A group problem. Forecast for Home Economics, 1980, 25 (5), 34, 35 ; 55.

Sobonibek, H. Adolescent suicide. Exposé présenté lors de la réunion annuelle de l'American Orthopsychiatric Association, Toronto, 7-11 avril 1984.

Solomon, J. Alcoholism and suicide. In J. Solomon (Ed.), Alcoholism and Clinical Psychiatry. New York: Plenum Medical Book Co., 1982.

Solomon, J. et Arnon, D. Alcohol and other substance abusers. In L.D. Hankoff and B. Einsidler (Éd.), Suicide: Theory and Clinical Aspects. Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing Co. Ltd., 1979.

Solomon, M. The certification of suicide. Edmonton: Office of the Provincial Suicidologist, 1980.

Solomon, M. Bereavement from suicide: Part I. Canadian Journal of Psychiatric Nursing, 1981, 23 (3), 18-19.

Solomon, M. The first year report of the Suicide Prevention Provincial Advisory Committee to the Minister of Social Services and Community Health. Alberta, 1982.

Solomon, M. et Hellon, C.P. Suicide and age in Alberta, Canada, 1951-77: A cohort analysis. Archives of General Psychiatry, 1980, 37, 511-13.

Statistique Canada. Les causes de décès (Causes of death) Volume IV, Statitiques de l'état civil, Division de la santé, 1970-1983 Ottawa.

Statistique Canada. Imprimé. Ottawa: Statistiques de l'état civil, Division de la santé, 1983. Statistiques de Tel-Aide, Rapport annuel, document inédit, 1980.

Stengel, E. The causation and prevention of suicide in old age. In Psychiatric Disorders in the Aged, Association mondiale de psychiatrie. Symposium, Manchester, Angleterre, 1965.

Stengel, E. The complexity of motivations to suicide attempts. Bulletin of Suicidology, 1976, 35-40.

Struve, F.A. Clinical electroencephalography. In E.D. Hankoff and B. Einsidler (Éd.), Suicide: Theory and clinical aspects. Littleton, Mass.: P.S.Q. Publishing Co., 1979.

Summary Proceedings Acts (Terre-Neuve). Chapitre 35, (partie III) St-John's, 1979.

Sundby, P. Alcoholism and mortality. Oslo: Universitetsforcaget, 1967.

Susser, M. Causal thinking in the health sciences. New York: Oxford University Press, 1973.

Syer-Solursh, D. The council on suicide prevention. Essence: Issues in the Study of Death, Dying and Processes of Aging, 1977, 1 (4), 207-211.

Syer-Solursh, D. Suicide in the Native Indians of Canada. Procès-verbal du 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa, Canada du 17 au 20 juin. 1979a.

Syer-Solursh, D. Suicidal aftermath and the family. Présenté lors de la cinquième International Lifeline Conference, University of Melbourne, Australie, 1979b.

Syer-Solursh, D. Suicide in Canada. Crisis, 1981, 2, 73-76.

Syer-Solursh, D., Fitchette, B. et DeLaney, K. Suicide in Canadian Indians: The Native peoples' perspective. Actes de la 15e Réunion annuelle de l'American Association of Suicidology (Suicide and the Life Cycle), avril 1982, New York.

Syer-Solursh, D. et Scott, S. A national survey of Canadian Crisis Centres. Présenté lors du 10e Congrès international sur la prévention du suicide, Ottawa, du 17 au 20 juin, 1979.

Syer-Solursh, D. et Streiner, B. A Crisis Centre Model for General Hospitals. Présenté lors de la 18e Réunion annuelle de l'American Association of Suicidology, Toronto, avril 1985.

Syer-Solursh, D. et Wyndowe, J.P. How coroners' attitudes towards suicide affect certification procedures. Educational Course for Coroners: Part I. Toronto: Ontario Ministry of the Solicitor General, 1981.

Tamerin, J.S. et Mendelson, J.H. The psychodynamics of chronic inebriation: Observations of alcoholics during the process of drinking in an experimental group setting. American Journal of Psychiatry, 1969, 125, 886-899.

Termansen, P.E. et Bywater, Cathryn. S.A.F.E.R.: A follow-up service for attempted suicide in Vancouver. Canadian Psychiatric Association Journal, 1975, 20, 29-33.

Termansen, P.E. et Peters, R.W. Suicides and attempted suicide among Status Indians in B.C., Mémoire présenté lors de la conférence de la Fédération mondiale pour la santé mentale, Salzburg, Autriche, juillet 1979.

Termansen, P.E. et Peters, R.W. The certification of suicides in British Columbia. Prepared for the National Task Force on Suicide in Canada, 1981.

Timpson, J. The Report on community based mental health programs: Sioux Lookout Zone. Sioux Lookout Project. Unpublished document. University of Toronto, 1982.

Trautman, P. Adolescent Suicide Panel Presentation. Présenté lors de la réunion annuelle de l'American Orthopsychiatric Association, Toronto, avril 1984.

United States National Institute of Mental Health. Suicide, Homicide and Alcoholism Among American Indians. Rockville, Maryland: NIMH, 1973.

Vinoda, K.S. Personality characteristics of attempted suicides. British Journal of Psychiatry, 1966, 112, 1143-1150.

Voineskos, G. Psychiatric emergencies: The crisis intervention approach. The University of Toronto Medical Journal, 1975, 51 (4), 85-89, 93.

Waller, A., La montée alarmante des suicides chez les jeunes, Sélection du Reader's Digest, octobre 1982.

Ward, J.A. Adolescent Suicide. A discussion from a study of suicide among Native youth. Presented to Thistletown Continuing Education Series, Dec. 4, 1981.

Ward, J.A. et Fox, J. Suicide epidemic on an Indian reserve. Canadian Psychiatry Association Journal, 1977, 22, 423-426.

Ward, J.A., Fox, J. et Evans, A.L. Suicide epidemic among Canadian Indians. Procès-verbal du 9e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Helsinki, 1977a.

Ward, J.A., Fox, J. et Evans, A.L. Suicide and the Canadian Indians. Procès-verbal du 9e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Helsinki, 1977b.

Watson, J.P. Psychiatric problems in accident departments. The Lancet, 1969, 1, 877.

Wattie, B.J.S. Étude canadienne de suivi sur les patients schizophrènes dans quatre endroits provinciaux. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, Division de la santé mentale, 1983.

Weighton, B. et Lindsay, S.K. Great West Life Report. Communication présentée au 10e Congrès international sur la prévention du suicide et les interventions en cas de crise, Ottawa, 1979.

Wekstein, L. Handbook of suicidology: Principles, problems and practice. New York: Brunner/Mazel, 1979.

Wela, T.C. A follow-up program for suicide attempters: Evaluation of effectiveness. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1977, 7 (1), 17-30.

Whitehead, P.C., Ferrence, R.G. et Johnson, F.G. Physicians reports of self-injury cases among their patients not seen in hospital. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1973a, 3, 138-46.

Whitehead, P.C., Johnson, F.G. et Ferrence, R.G. Measuring the incidence of self-injury: Some methodological and design considerations. American Journal of Orthopsychiatry, 1973b, 43, 142-48.

Wilbanks, W. Trends in violent death among the elderly. International Journal of Aging and Human Development, 1981/82, 14 (3), 167-175.

Wilson, G.C. Suicide in psychiatric patients who have received hospital treatment. American Journal of Psychiatry, 1968, 125(G), 752-757.

Wilson, K.E. Suicide risk, self-imaginary risk and expected intention for a population and its component and population. (Ph.D. Thesis, University of Florida, Miami, 1976).

Winch, G. et Letofsky, K. The nature of the suicidal death as a factor in understanding reactions of surviving family members. Procès-verbal de l'Association internationale sur la prévention du suicide, Paris, France, 1981.

Winokur, G. et Tsuang, E. The Iowa 500: Suicide in Maria, depression and schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1975, 132, 650-651.

Wold, C. Sub-groupings of suicidal people. Omega, 1971, 2, 19-21.

Zilboorg, G. Differential diagnostic types of suicide. Archives of Neurology and Psychiatry, 1936, 35, 270-291.

ANNEXE 3

MEMBRES ET EXPERTS-CONSEILS DU GROUPE D'ÉTUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE

Dr Diane S. Syer-Solursh
Présidente
Groupe d'étude sur le suicide
antérieurement directeur du :
Crisis Intervention Unit
Toronto East General and Orthopedic Hospital
TORONTO (Ontario)
M4C 3E7

présentement :
Associate Professor of Psychiatry
Department of Psychiatry and Health Behavior
The Medical College of Georgia
AUGUSTA, Georgia
U.S.A. 30912 – 7300

Dr James H. Brown
Professeur agrégé
Department of Psychiatry
University of Manitoba
770 Bannatyne Avenue
WINNIPEG (Manitoba)
R3E 0W3

Dr M.R. Eastwood
Directeur de psychiatrie
Epidemiology and Psychological Medicine
250 College Street
Clarke Institute of Psychiatry
TORONTO (Ontario)
M5T 1R8

Dr Sol Hirsh
Department of Psychiatry
Dalhousie University
Victoria General Hospital
1278 Tower Road
HALIFAX (Nouvelle-Écosse)
B3A 2X9

Dr Carole Lavallée
3 – 1801 – 2nd Street S.W.
CALGARY (Alberta)
T2S 1S1

M. Howard Mansfield
Directeur
Gestion de la population carcérale
Service correctionnel Canada
340, av. Laurier ouest
OTTAWA (Ontario)
K1A 0P9

Dr Alan Murdock
antérieurement :
Direction générale des services médicaux
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)
K1A 0L3

présentement :
Alberta Department of Social Services and Community Health
7th Floor
7th Street Plaza
10030 – 107th Street
EDMONTON, Alberta
T5J 3E4

Mme Monique Plamondon
Services de la création de l'emploi
Ministère de la Main-d'oeuvre
Secrétariat du Revenu
425, rue St-Amable
QUÉBEC (Québec)
J1R 4Z1

Dr Isaac Sakinofski
Chief of Psychiatry
St. Michael's Hospital
30 Bond Street
TORONTO (Ontario)
N5B 1W8

Dr Mark Solomon
Alberta Mental Health Clinic
9942 – 108th Street
EDMONTON (Alberta)
T5K 2J5

Dr Paul E. Termansen
Psychiatre
1415 Bellevue Avenue
WEST VANCOUVER (Colombie-Britannique)
V7T 1C3

Révérend Gordon Winch
Distress Centre I
10 Trinity Square
TORONTO (Ontario)
M5G 1B1

Mme Brenda Wattie
Directrice
Division de la santé mentale
Ministère de la Santé national et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)
K1A 1B4

COMITÉ DE RÉDACTION DU RAPPORT DU GROUPE D'ÉTUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE

Dr Diane Syer-Solursh
Présidente
Groupe d'étude sur le suicide
Associate Professor of Psychiatry
Department of Psychiatry and Health Behaviour
The Medical College of Georgia
AUGUSTA, Georgia
U.S.A. 30912–7300

Dr Sol Hirsh
Department of Psychiatry
Dalhousie University
Victoria General Hospital
1278 Tower Road
HALIFAX (Nova Scotia)
B3H 2X9

Carl M. Lakaski
Expert-conseil
Santé mentale communautaire
Division de la santé mentale
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)
K1A 1B4

Dr Isaac Sakinofsky
Chief of Psychiatry
St. Michael's Hospital
30 Bond Street
TORONTO (Ontario)
N5B 1W8

Mme Brenda Wattie
Directrice
Division de la santé mentale
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)
K1A 1B4

EXPERTS-CONSEILS

Irene Marchenko
8 Hélène Boulay
AYLMER (Québec)
J9J 1A2

Dr John Clayton
1692 Old Waterdown Road
BURLINGTON (Ontario)
L7R 3X5

ANNEXE 4

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Lors du 10e Congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide qui s'est tenu à Ottawa en juin 1979, les représentants canadiens ont adopté la résolution suivante :

"Qu'un comité directeur soit mis sur pied pour étudier les mécanismes de coopération en vue de promouvoir et de faciliter l'action . . . dans le domaine de la prévention du suicide . . . (et qu') un délai de deux ans soit accordé au comité (c'est-à-dire jusqu'au 11e Congrès de l'A.I.P.S.) pour formuler une proposition concernant la structure, la composition et le mandat de l'organisme".

Le docteur Diane Syer-Solursh, de Toronto, a été élue présidente du comité directeur, et 18 représentants se sont portés volontaires pour s'acquitter du mandat du comité. Le comité directeur s'est réuni à six reprises durant les deux années qui ont suivi, mais en raison des contraintes géographiques, la plus grande partie du travail a été effectuée par six membres du sud de l'Ontario.

Au terme d'un long débat concernant l'applicabilité de la résolution adoptée à Ottawa, le comité directeur a cerné les objectifs suivants :

- trouver des façons pratiques de se pencher sur les problèmes associés au suicide au Canada et de répondre aux besoins des personnes oeuvrant dans ce domaine;
- faire participer les organisations et personnes intéressées par ces questions, et
- publier un rapport d'enquête d'ici deux ans qui sera distribué aux représentants canadiens qui ont assisté à l'assemblée générale de 1979 et à toute autre personne intéressée.

Ces objectifs ayant été adoptés à l'unanimité, le comité directeur a pris les mesures suivantes en vue de les atteindre :

a) Réseau d'information

La préparation et la distribution d'un feuillet d'information sur le suicide au Canada, dans lequel on invitait les personnes intéressées à communiquer avec le docteur Syer-Solursh, ont permis de dresser une liste d'un "réseau d'information" comptant plus de 250 membres.

b) Questionnaire

On a effectué un sondage en vue d'évaluer les besoins et les intérêts des membres du réseau d'information. Voici quelques-uns des résultats de cette étude :

Sept provinces ont répondu au questionnaire (aucun renseignement ne nous est parvenu de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve ou des Territoires du Nord-Ouest). Les répondants étaient issus de disciplines variées : on retrouvait 54 p. 100 de professionnels de la santé, 25 p. 100 de travailleurs des services secours, 15 p. 100 d'universitaires ou de chercheurs et 7 p. 100 de fonctionnaires.

Une grande partie des répondants (85 p. 100) reconnaissait la nécessité de former une association canadienne pour la prévention du suicide le plus tôt possible.

Des recherches sont effectuées au Canada sur de nombreux aspects du suicide, mais il faut établir des mécanismes de mise en commun des résultats et des méthodes de recherche. Pour ce qui est des domaines de recherche prioritaire, les quatre qui ont été privilégiés par 32 répondants étaient les suivants : évaluation de la prévention, évaluation du risque, psychologie du suicide et épidémiologie.

À la lumière des résultats de cette enquête, le comité directeur a encouragé vivement la formation d'une association canadienne pour la prévention du suicide. Les représentants canadiens au 11e Congrès de l'A.I.P.S., qui a eu lieu à Paris en juillet 1981, ont chargé le comité de poursuivre son travail dans ce sens en proposant une structure, un ensemble de règles, etc.

Ces efforts ont finalement abouti en janvier 1985, quand l'Association canadienne pour la prévention du suicide/Canadian Association for Suicide Prevention a été reconnue en vertu d'une charte fédérale comme une organisation charitable à but non lucratif. L'association vise "à promouvoir des activités au Canada en vue de réduire la fréquence et d'atténuer les effets du suicide". Afin d'atteindre cet objectif, l'A.C.P.S./C.A.S.P. a entrepris notamment de transmettre à ses membres des renseignements sur les nouveaux documents de recherche et d'information, le matériel pédagogique, etc.

ANNEXE 5

EXTRAIT D'UN PROJET DE PROGRAMME D'ÉDUCATION À L'INTENTION DU PERSONNEL SCOLAIRE ET DES ÉTUDIANTS

De concert avec l'Association canadienne pour la santé mentale, Division du Québec, Plamondon et Dionne (1977), ont élaboré un programme à l'intention du personnel scolaire et des étudiants, dont une section renferme les principes directeurs suivants :

a) Il importe de reconnaître les signes avant-coureurs du suicide. Il faut être à l'affût des symptômes de dépression sévère et des signes de désespoir et d'impuissance, être attentif aux menaces de suicide et aux paroles d'avertissement, telles que "J'aimerais mieux être mort" ou "Ma vie n'a plus de sens". Il faut de plus guetter les gestes désespérés et les signes de solitude et noter si la personne se replie sur elle-même et s'isole. Enfin, il faut faire attention aux idées de suicide lorsque la dépression commence à s'estomper.

b) Si l'on croit qu'une personne court le risque de se suicider, il convient de prendre les mesures qui s'imposent. Il ne faut pas se laisser convaincre par les autres de fermer les yeux.

c) Il importe d'informer dès que possible les parents, amis, enseignants ou autres personnes qui peuvent aider à résoudre la crise suicidaire. Il ne faut pas avoir peur de révéler des confidences si quelqu'un fait état de ses projets de suicide. Il peut être nécessaire de dévoiler un secret pour sauver une vie.

d) Il faut tenir compagnie à la personne suicidaire. Il est préférable de ne pas la laisser seule si l'on croit qu'il existe un danger imminent. Il est conseillé de demeurer avec la personne jusqu'à ce que du secours arrive ou que la crise soit passée.

e) Il faut écouter avec toute son intelligence. On doit encourager la personne suicidaire à se confier. Il faut éviter de lui donner de fausses assurances en lui disant que "tout va bien se passer" (ou faire des promesses que l'on ne pourra tenir). Il faut écouter et lui montrer qu'on comprend son point de vue.

f) Il faut encourager la personne à consulter un professionnel. Il y a lieu de l'exhorter à demander l'aide d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un autre professionnel durant une crise suicidaire ou après une tentative de suicide. Il faut encourager la personne à poursuivre une thérapie même si c'est difficile.

g) Il faut manifester son appui et montrer à la personne qu'on sympathise avec elle. Il faut l'aider à se sentir utile et aimée à nouveau.

ANNEXE 6

MODÈLES DE SERVICES HOSPITALIERS D'INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE

i) L'équipe S.H.A.R.E.

Le *Self-Harm Assessment Research and Education Program* a été mis sur pied en 1977. Il s'agissait d'un programme pilote d'une durée de deux ans financé par le ministère ontarien de la Santé; le programme est maintenant permanent. Il est mis en oeuvre par le département de psychiatrie de l'Hôpital général de Toronto. L'équipe se compose de divers professionnels en santé mentale (un psychiatre, un psychologue, deux travailleurs sociaux) et d'un personnel de secrétariat à plein temps.

Le but premier visé par l'équipe depuis sa création a été d'étudier tous les cas de comportement autodestructeur ou de tentative de suicide pris en charge par le service d'urgence de l'hôpital, afin d'établir un profil complet des types d'individus à risque suicidaire. En plus d'effectuer des recherches, l'équipe du programme S.H.A.R.E. informe le public et organise des séances de formation à l'intention du personnel de la santé appartenant à diverses disciplines.

Dernièrement le programme S.H.A.R.E. s'est enrichi d'une nouvelle composante de traitement clinique, de même que de six lits pour l'hospitalisation de courte durée des personnes souffrant de troubles mentaux.

(ii) L'unité de liaison du St. Joseph's Hospital

En 1970 le département de psychiatrie de la faculté de médecine de l'université McMaster a mis sur pied un système de coopération entre les hôpitaux en vue de répondre aux urgences psychiatriques, y compris les tentatives de suicide. C'est ainsi qu'a été créé ce service conjoint pour les urgences psychiatriques, dont les locaux sont adjacents à ceux du service des urgences du St. Joseph's Hospital de Hamilton, Ontario. Le service vise à :

- offrir les meilleurs services possibles aux patients qui lui sont adressés, en utilisant tous les modes efficaces de traitement psychiatrique;
- participer à des programmes d'enseignement au niveau des premier et deuxième cycles;
- effectuer des recherches sur les soins psychiatriques, et
- appliquer des méthodes nouvelles d'évaluation et de traitement des patients à l'hôpital et dans la collectivité.

Les patients suicidaires sont hospitalisés au besoin pendant une courte période dans un service psychiatrique de huit lits. Le traitement comporte une première évaluation psychiatrique suivie d'une séance avec toutes les personnes clés dans la vie du patient, par exemple la famille, le médecin de famille et, si possible, un représentant d'un organisme social qui s'occupe actuellement ou pourra être appelé à s'occuper du patient. La durée moyenne de l'hospitalisation est de trois à cinq jours; par la suite, le patient est traité en consultation externe par un organisme communautaire ou un organisme de service social ou encore par son médecin de famille. Un thérapeute de l'unité de liaison accompagne le patient lors du premier rendez-vous afin de s'assurer qu'il s'y présente.

En plus de dispenser des services cliniques, l'équipe multidisciplinaire de santé mentale de l'unité de liaison s'adonne à des activités de recherche.

(iii) Le programme S.A.F.E.R.

Le *Suicide Attempt, Follow-up, Evaluation, and Research Program* (S.A.F.E.R.), mis sur pied en 1972 au *Vancouver General Hospital*, offre un autre exemple de coopération entre les hôpitaux. Financé à la fois par le gouvernement provincial et par le fédéral, le programme a depuis pris de l'expansion : les services d'urgence du *Burnaby General Hospital*, du *Royal Columbian Hospital* et du *St. Paul's Hospital* se sont en effet joints au programme.

Le programme S.A.F.E.R. vise les objectifs suivants :

- offrir des séances de counseling individuel, familial et conjugal;
- encourager les gens à trouver d'autres méthodes pour combattre le stress;
- proposer au client de continuer d'être suivi par un professionnel ou d'obtenir une aide additionnelle au besoin;
- être disponible lorsqu'une crise se répète, et
- informer les clients des autres ressources communautaires existantes.

Ce système de coopération fonctionne de la façon suivante : chaque fois qu'un patient suicidaire est admis dans la salle d'urgence d'un des hôpitaux membres du réseau, les membres de l'équipe S.A.F.E.R. sont avertis. Ces membres possèdent une expérience et des antécédents variés; tous ont reçu une formation dans le domaine de l'évaluation et du traitement du suicide. Ils prendront contact avec le patient si le médecin traitant demande qu'on évalue les risques suicidaires du patient. Après la première évaluation et avec l'accord du personnel hospitalier, l'équipe contacte le patient et effectue des visites à domicile, au début chaque jour, ensuite deux fois par semaine et finalement une fois par semaine pendant environ six semaines. Le patient peut parallèlement recevoir un traitement psychiatrique soit dans un service d'hospitalisation ou comme consultant externe.

Selon une étude effectuée par Termansen et Bywater (1975), le taux d'amélioration de bien des aspects du fonctionnement psychosocial était plus élevé chez les patients qui avaient été suivis par le programme S.A.F.E.R. et le taux de récidive beaucoup plus faible. Bien que le taux de suicide réussi à Vancouver (23 pour 100 000) n'ait pas varié au cours des cinq dernières années, on a enregistré une baisse de 40 p. 100 dans le nombre de suicidants admis dans les salles d'urgence des hôpitaux généraux.

(iv) L'unité d'intervention d'urgence du Toronto East General Hospital

L'unité d'intervention d'urgence (U.I.U.), qui relève du département de psychiatrie du *Toronto East General Hospital*, a été mis sur pied en mars 1972. Il vise à fournir des services vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine aux malades mentaux admis au service d'urgence de l'hôpital. L'U.I.U. reçoit plus de 2000 patients par année, dont environ 40 p. 100 sont considérés comme étant à risque à cause de leur comportement autodestructeur, de leurs menaces de passage à l'acte, ou de leurs idées de suicide exprimées.

L'hôpital et la collectivité dispensent les services suivants :

a) Urgence

Une équipe pluridisciplinaire est à la disposition du service d'urgence de 9 h à 17 h, du lundi au vendredi, et les membres répondent aux appels à tour de rôle le soir et les fins de semaine. L'hôpital compte également 100 bénévoles formés rattachés à l'U.I.U., qui travaillent généralement en équipes de deux et dispensent des services le soir et les fins de semaine.

Tous les travailleurs préposés aux urgences, bénévoles et professionnels, offrent des services de consultation au personnel médical du service d'urgence. Habituellement, après avoir obtenu l'autorisation du médecin, le personnel effectue une entrevue d'évaluation avec le patient et rencontre les membres de la famille qui sont accessibles. On recommande par la suite, à l'omnipraticien les modalités appropriées de traitement du patient en postcure.

b) Hospitalisation

Il y a également un service d'hospitalisation de courte durée comptant 10 lits et doté d'une équipe multidisciplinaire. La durée maximale de séjour est de 72 heures, mais l'on accorde parfois une prolongation pour permettre la prise en charge adéquate du patient. Les objectifs de ce service sont les suivants : reconnaissance, clarification et interprétation des stress immédiats avec lesquels le patient est aux prises. Dans la mesure du possible, on encourage les membres de la famille immédiate et les amis intimes à participer à au moins une séance de thérapie afin de fournir des renseignements additionnels et une interprétation supplémentaire des problèmes vécus par le patient.

c) Consultation externe

Le service de consultation externe compte une équipe multidisciplinaire et assure la for-

mation des internes et des étudiants diplômés en psychologie et en service social. Le personnel dispense des services cliniques à une certaine clientèle, et offre des services de consultation sur demande au service d'urgence. Le patient qui est reçu au service d'urgence et est orienté directement au service de consultation externe d'urgence se voit fixer un rendez-vous dans les 24 heures qui suivent le premier contact avec l'hôpital.

d) Action communautaire

Le programme offre deux services spéciaux d'action communautaire. Il s'agit dans le premier cas d'un programme de visites à domicile : des bénévoles ayant reçu une formation adéquate et travaillant sous la surveillance d'un professionnel rendent visite aux malades qui sont incapables de suivre un traitement à l'hôpital. Le second est une équipe d'intervention d'urgence auprès de la collectivité autochtone; ce programme est conçu spécialement à l'intention des Amérindiens qui vivent à Toronto (annexe 8).

L'Unité d'intervention d'urgence offre également un service de consultation médicale et psychiatrique aux services téléphoniques d'urgence du centre-ville de Toronto. Elle travaille en collaboration avec les divisions locales du service de police du Grand Toronto et d'autres organismes communautaires de santé mentale et de service social. Le personnel de l'U.I.U. organise fréquemment des ateliers de formation en cours d'emploi à l'intention des membres de ces organismes, portant sur le dépistage, l'évaluation et le traitement des crises suicidaires.

ANNEXE 7

MODÈLES DE SERVICES COMMUNAUTAIRES D'INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE

(i) Le bureau de prévention du suicide de l'Armée du Salut

L'Armée du Salut a mis sur pied plusieurs services téléphoniques d'urgence. Le premier a été établi à Toronto et assure une permanence vingt-quatre heures sur vingt-quatre depuis la fin des années 50. Grâce à un dispositif de commutation, les appels peuvent être réacheminés au domicile du personnel ou ailleurs.

L'équipe de base compte de huit à dix officiers qualifiés de l'Armée du Salut qui sont rémunérés, bien que dans certaines villes on fasse appel à des bénévoles pour seconder l'équipe de professionnels. Le personnel a l'habitude de travailler avec des individus perturbés, ayant déjà dispensé des services dans les hôpitaux, d'autres établissements, dans les centres correctionnels ainsi que dans des services d'aumônerie. Les bénévoles ont suivi un programme de formation qui s'inspire du matériel élaboré par l'*American Association of Suicidology*.

L'une des caractéristiques uniques du modèle de l'Armée du Salut est la formule de l'"équipe volante" qui dispense aux appelants en détresse les services nécessaires de counseling sur place. Rares sont les services téléphoniques au Canada qui offrent ce genre de service.

(ii) Le *Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre* du Grand Vancouver

Ce centre important et dynamique dispose également d'une équipe volante, qui répond aux urgences, effectue les évaluations, donne des conseils et, au besoin, accompagne l'appelant à l'hôpital ou au bureau d'autres organismes sociaux. Le centre offre également des services de téléimprimeur, sorte de télécopieur utilisé par les malentendants, ainsi qu'un service téléphonique pour les personnes âgées dans le cadre duquel des bénévoles appellent régulièrement des vieillards isolés. Ces services spécialisés et d'autres encore deviennent de plus en plus répandus à mesure que les services secours étendent le champ de leurs activités de prévention primaire.

(iii) Centre de recherche et de prévention des suicides de Sainte-Foy

Ce centre, créé en 1979, dispense des services en français et est financé en partie par le ministère québécois des Affaires sociales. Il prend modèle sur le Centre de prévention du suicide de Los Angeles; la permanence téléphonique est assurée par 50 bénévoles, secondés par deux psychiatres, un agent d'information et un chercheur professionnel.

Les clients sont orientés vers le centre par les salles d'urgence des hôpitaux, les médecins de famille et les organismes de service social. On encourage les appelants à venir au centre pour discuter de leurs problèmes et pour participer à des séances de counseling individuel. De plus, une équipe volante constituée de sept travailleurs des services d'intervention d'urgence est toujours prête à se rendre sur les lieux en cas de crise.

Il est intéressant de noter qu'une étude québécoise sur le suicide effectuée en 1982 a recommandé l'établissement de 12 centres de ce type dans toute la province (Harmos, 1982).

(iv) Klinic

Klinic est un programme communautaire mis en oeuvre à Winnipeg. Il offre un service téléphonique d'intervention d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine. L'équipe multidisciplinaire du programme compte plus de 20 professionnels et environ 100 bénévoles. En 1980, le personnel a répondu à 11 602 demandes d'aide.

On encourage les personnes en détresse à téléphoner au centre pour discuter de leurs problèmes. Les personnes, les couples et les familles ont également accès à des services réguliers de counseling. Un conseiller visitera au besoin l'appelant pour évaluer la situation et déterminer la façon la plus appropriée de répondre aux besoins de la personne.

En plus du service de prévention du suicide, Klinic offre un service d'intervention et de counseling auprès des victimes de viol, un programme d'assistance aux femmes enceintes et de counseling en planning familial, un programme de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes et d'autres services de protection de la santé.

(v) Le *Council on Suicide Prevention*

Le *Council on Suicide Prevention*, constitué en décembre 1975, utilise un modèle de service très différent. Le conseil ne dispense pas des services directs, il s'agit plutôt d'un regroupement d'environ 20 professionnels représentant diverses organisations s'intéressant au suicide, dont le service de police du Grand Toronto, le Bureau du coroner en chef, les services de psychiatrie des grands hôpitaux généraux, les services d'écoute téléphonique, le bureau de prévention du suicide de l'Armée du Salut, les grandes compagnies d'assurance et d'autres services communautaires tels que la Société catholique d'aide à l'enfance.

Voici le mandat officiel que s'est donné le conseil :

a) Recherche :

- compiler et étudier les données sur les suicides manqués et réussis;
- fournir une description des ressources disponibles et distribuer cette information aux organismes compétents.

b) Information :

- constituer un réseau de communication permettant aux organismes oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide de mettre en commun leur compétence, des informations, des idées, des modalités d'intervention, des problèmes, etc.;
- fournir un réseau de soutien documentaire

c) Éducation :

- sensibiliser davantage la collectivité au grave problème social et sanitaire que constitue le suicide;
- dispenser un service d'information et de formation aux organismes professionnels.

Les membres du conseil se réunissent tous les mois pour discuter des activités entreprises et planifier les mesures à prendre en vue d'atteindre les objectifs susmentionnés. Chaque année, en mai, le conseil parraine une semaine de la prévention du suicide à Toronto. Il offre les services de conférencier aux différents organismes, y compris les médias, les conseils scolaires et d'autres groupes, pour discuter des problèmes liés au suicide et à sa prévention. Deux fois par année, le conseil organise des ateliers d'une journée sur les techniques de prévention du suicide à l'intention des groupes comme la police, le clergé, les omnipraticiens et le personnel des organismes communautaires de service social et de santé mentale.

Encouragés par le succès du groupe de Toronto, les travailleurs des services de prévention du suicide de Hamilton, Ontario, ont mis sur pied un second conseil de la prévention du suicide.

ANNEXE 8

PROGRAMMES D'INTERVENTION EN CAS DE SUICIDE À L'INTENTION DES AUTOCHTONES

i) La *Native Community Crisis Team*

La *Native Community Crisis Team* offre un service unique d'action communautaire aux citadins autochtones qui souffrent de troubles psychologiques aigus. Cette équipe relève de l'unité d'intervention d'urgence du service de psychiatrie du *Toronto East General Hospital*. Le programme a été créé en octobre 1982 grâce à une subvention du ministère ontarien de la Santé et vise une clientèle de 35 000 à 45 000 autochtones vivant dans l'agglomération urbaine de Toronto.

Ce projet a été financé à la suite d'une étude torontoise décrivant les besoins des autochtones. Cette enquête a permis d'établir le profil du répondant "moyen" : jeune Indien inscrit (moyenne d'âge de 24,19 ans) qui vit seul ou avec des amis en ville depuis deux ans ou moins, qui travaille dans un bureau, une usine ou sur un chantier de construction et qui, en principe, croit aux coutumes traditionnelles des autochtones mais ne les applique pas personnellement. Cet éloignement des modes de vie traditionnels peut s'expliquer par la difficulté à adopter un mode de vie autochtone dans un milieu urbain, en particulier lorsque l'objectif principal visé par l'individu est l'intégration à la culture dominante.

Une majorité des répondants (82 p. 100) ont déclaré avoir vécu une importante crise existentielle au cours de l'année précédente. Les problèmes qu'ils ont rencontrés étaient liés en grande partie à la difficulté de survivre dans une grande ville. Ils ont signalé les problèmes financiers et de logement, la difficulté d'établir des relations interpersonnelles, les problèmes physiques ou médicaux et l'abus d'alcool ou de drogue. Pour ce qui est du type d'aide recherchée ou reçue, on observait que 38 p. 100 des répondants avaient fait appel à des amis ou des membres de leur famille, 27 p. 100 avaient sollicité de l'aide de diverses sources et 35 p. 100 avaient tenté de se débrouiller seuls. Bien qu'il existe plusieurs centaines d'organismes communautaires de santé mentale et de service social à Toronto, 59 p. 100 des répondants ne pouvaient pas nommer un seul organisme qu'ils seraient disposés à contacter. Et 82 p. 100 d'entre eux reconnaissaient qu'ils seraient davantage portés à consulter un conseiller autochtone, s'il y en avait.

La *Native Community Crisis Team* a ses bureaux dans un quartier de Toronto qui compte une forte population d'autochtones. Cette formule est préférable à l'hôpital étant donné que les autochtones n'aiment pas ce genre d'établissement et s'en méfient. La majorité des clients s'étaient présentés d'eux-mêmes, ils étaient venus faire un tour au centre parce qu'ils avaient entendu dire d'une personne de confiance que c'était un "bon endroit" pour demander de l'aide. L'équipe dispense des services variés : counseling en cas de crise, psychothérapie brève avec si possible participation de personnes clés dans la vie du client. Si l'hospitalisation est nécessaire, le conseiller autochtone continue de suivre le client en tant que membre de l'équipe de traitement.

Bien que le service soit nouveau, il a été bien accueilli par la collectivité autochtone. Le centre a reçu plusieurs demandes de renseignements de la part d'autres villes qui voulaient mettre sur pied des programmes similaires. Ce service pourrait s'avérer un modèle efficace de prévention du suicide auprès des autochtones vivant en milieu urbain.

(ii) Le *Cowichan Band's Crisis-Intervention Program*

La bande indienne de Cowichan, située près de Duncan sur l'île de Vancouver, a mis sur pied un service téléphonique d'urgence dont le personnel est autochtone et qui s'adresse aux membres de la bande. Le programme met l'accent sur l'intervention en cas de crise, la prévention du suicide et l'information sur les ressources communautaires. Il dispense des services "directs d'urgence" de suivi personnalisé aux personnes qui ont tenté de se suicider de même que des services aux proches du défunt.

Le programme vise à :

- dispenser des services de counseling, d'information et d'intervention d'urgence aux membres de la bande;
- servir d'agent de liaison entre la réserve et les divers organismes communautaires de la région;
- tenir les gens informés des problèmes sociaux existants au sein de la bande, de sorte que des services appropriés puissent être mis sur pied;
- assurer la formation de bénévoles afin de disposer de personnes suffisamment compétentes pour traiter les problèmes sociaux et de contribuer à leur épanouissement personnel;
- élaborer un programme complet de santé mentale dans la réserve;
- mettre au point des techniques d'intervention d'urgence par le contact direct, techniques qui pourraient être utilisées par d'autres bandes;
- aider les autres bandes à élaborer des programmes similaires (Direction générale des services médicaux, 1982).

iii) Programme d'intervention d'urgence de Grassy Narrows

Ce programme, financé par le ministère ontarien des Services sociaux et communautaires, s'adresse aux habitants de la réserve de Grassy Narrows située au confluent des rivières Wobigoon et English, à 50 milles au nord-est de la ville de Kenora (Ontario). Il a été mis sur pied en décembre 1980 pour répondre à deux problèmes : relocalisation et pollution par le mercure.

En 1963, les résidents de la réserve de Grassy Narrows ont été obligés de déménager pour faire place au chemin forestier de la Compagnie de la Baie d'Hudson. L'abandon de l'ancien village et d'un grand nombre de riches coutumes traditionnelles a été une expérience douloureuse pour les habitants de Grassy Narrows. À cela s'est ajouté un important problème, à savoir la pollution par le mercure, qui avait de nombreuses conséquences graves à long terme sur les plans médical, économique, social et culturel. Les effets de cette pollution ont atteint un point culminant en 1970, année où le gouvernement a interdit la vente des poissons pêchés dans la réserve. Depuis 1970, la réserve a périclité au point de ne constituer qu'une collectivité d'assistés sociaux dépendant de programmes ponctuels de création d'emplois. Les statistiques de 1980 signalent 40 tentatives de suicide, 7 morts violentes et de nombreux cas de délinquance juvénile et de comportement criminel chez les adultes, sur une population de moins de 1000 habitants (Syer-Solursh et coll., 1982).

L'équipe du Programme d'intervention d'urgence de Grassy Narrows compte un directeur, trois préposés à l'intervention d'urgence, à plein temps et trois à temps partiel, tous autochtones. Un comité de surveillance composé de sept "travailleurs des services sociaux" supervise la gestion du programme. Les préposés aux urgences qui patrouillent la réserve prennent contact avec les individus qui ont des problèmes; le plus souvent, il s'agit de cas d'inhalation de vapeurs d'essence, de violation du couvre-feu par des adolescents et d'ivresse. D'autres incidents, comme les tentatives ou les menaces de suicide, les problèmes familiaux, les bébés abandonnés, etc., font l'objet d'une enquête. Des services de counseling de dépannage sont également disponibles et beaucoup utilisés.

Une évaluation de la situation sociale dans la réserve 12 mois après la création du Programme d'intervention d'urgence a mis en évidence une réduction importante des problèmes; le nombre de tentatives de suicide déclarées est passé de 40 à 14 et le nombre de morts violentes a chuté de 7 à 3 (première année où l'on a enregistré une baisse). L'inhalation de vapeurs d'essence n'a pour ainsi dire plus cours, parce qu'une équipe d'intervention d'urgence, mandatée par le Conseil de bande, a appliqué le règlement qui interdit la vente de solvants aux mineurs. Le nombre de cas de délinquance est passé de 510 à 62; et l'on a enregistré une baisse de plus de 50 p. 100 dans le nombre de placements en centre d'éducation surveillée et d'arrestations par la Société d'aide à l'enfance. Les relations entre les autochtones et la police, les agents de probation et d'autres organismes se sont de plus beaucoup améliorées.

Quelque 413 personnes ont été en contact avec l'équipe d'intervention d'urgence sur une population de moins de 1000 habitants. Les membres de la réserve semblent être en faveur du programme. Bon nombre des per-

sonnes interrogées lors d'une enquête ont classé l'équipe d'intervention d'urgence comme la meilleure ressource dont elles disposaient, et ont indiqué qu'elles la contacteraient sûrement si elles avaient besoin d'aide (Syer-Solursh et coll., 1982).

iv) Programme de santé mentale du Conseil tribal de Pehtabun

Ce programme, lancé en mai 1981 et financé par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, est mis en oeuvre à l'hôpital du Ministère à Sioux Lookout, Ontario. Les renseignements suivants sont tirés en grande partie de l'étude de Timpson (1982).

La région de Pehtabun comprend six réserves indiennes, situées chacune à environ 200 milles au nord de la ville de Sioux Lookout et à quelque 50 milles de distance les unes des autres. Il s'agit des réserves de Sandy Lake, Deer Lake, North Spirit Lake, McDowell Lake, Pikangikum et Poplar Hill. La population totale de ces collectivités est d'environ 3500 personnes. Deux équipes, comprenant chacune un travailleur autochtone à temps plein et deux à temps partiel sont stationnées l'une à Pikangikum et l'autre à Sandy Lake et dispensent des services aux collectivités plus petites accessibles par avion.

Le programme vise à améliorer la "qualité de vie individuelle et familiale dans ces localités isolées en mettant directement à leur disposition des services locaux de counseling et de santé mentale dispensés par certains membres de la collectivité dans la langue d'usage des bénéficiaires (Timpson, 1982)." Voici une liste des activités de programme nécessaires à la réalisation de cet objectif :

- counseling avant le mariage;
- intervention précoce en cas de problèmes conjugaux;
- dépistage et traitement précoces des troubles psychiatriques;
- counseling individuel général;
- services de counseling dans la collectivité à l'intention des endeuillés, cherchant particulièrement à aider les personnes à traverser les étapes du deuil, et service de counseling à la famille des malades en phase terminale, et
- intervention en cas de crise, en vue plus particulièrement de prévenir le suicide.

Le programme s'adresse aux Cris et aux Ojibway, qui dans de nombreux cas, sont peu instruits, ne parlent pas du tout l'anglais ou le parlent à peine, et dont la subsistance dépend en grande partie des pratiques traditionnelles de la chasse, du piégeage et de la pêche. La perte des anciennes coutumes alliée au chômage, à l'anomie et à une réduction continue de l'importance du rôle de l'homme ont contribué à accroître la fréquence de la violence familiale, de l'éclatement précoce des couples, des tentatives de suicide et de la dépression.

Le programme offre les services suivants :

a) Urgence

Il y a des postes infirmiers à Sandy Lake et Pikangikum qui comptent deux ou trois lits et offrent des services d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux personnes qui souffrent de troubles psychologiques aigus. Ces postes peuvent administrer des médicaments en cas d'urgence et sont en liaison directe avec des psychiatres-conseils. Durant les heures normales de travail, le responsable du programme ou l'un des conseillers autochtones en santé mentale peuvent être joints par téléphone à l'hôpital de zone à Sioux Lookout.

b) Aide régulière

Le responsable du programme fournit aide et conseils aux équipes lors de ses visites tous les quatre à six semaines et par le biais de contacts téléphoniques réguliers pour discuter des cas en cours ou des questions concernant le programme. Les assistants sociaux autochtones dispensent également des services de consultation téléphonique. Les patients sont parfois orientés par les équipes vers les travailleurs locaux de Sioux Lookout pour y recevoir des services de counseling intensif; dans un tel cas, les clients sont logés au centre d'accueil de l'hôpital de zone et reçoivent des services de counseling comme consultants externes.

c) Services psychiatriques

Un psychiatre-conseil est rattaché aux réserves de Pikangikum et de Sandy Lake et y effectue des visites deux fois par année. À la demande de l'équipe locale ou d'autres travailleurs de la santé de la collectivité, le psychiatre examinera les patients particulièrement difficiles à traiter et qui peuvent souffrir de troubles psychiatriques ou de troubles aigus graves qui exigent un traitement plus complet. Dans ce cas, le psychiatre effectue des évaluations, donne des conseils, de nouvelles indications et prescrit des médicaments et d'autres traitements psychiatriques. Les malades peuvent également être hospitalisés à l'hôpital de zone, le *Lakehead Psychiatric Hospital* à Thunder Bay, et parfois au *Clarke Institute of Psychiatry* à Toronto.

Bien que le taux de tentative de suicide demeure élevé dans la région de Pehtabun comparativement au reste de la zone, on ne rapporte aucun cas de suicide en 1981, alors que dans d'autres régions, on a signalé un certain nombre de suicides et quelques tentatives de suicide. Les recherches ont montré que pour chaque suicide réussi dans une année, il faut compter au moins dix tentatives manquées. On peut donc en déduire que le programme de santé mentale à Pehtabun encourage les individus en détresse à demander de l'aide et intervient ainsi dans le processus suicidaire.

v) Programme de counseling en santé mentale de Wikwemikong

Le Programme de counseling en santé mentale de Wikwemikong est le fruit de la collaboration entre la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada et de la bande indienne de la réserve de Wikwemikong située sur l'île Manitoulin. Le programme a été lancé à la suite d'une "épidémie" de suicides chez les jeunes autochtones âgés de 17 à 31 ans survenue en 1975-1976 à Kaboni, localité d'environ 300 habitants à l'intérieur de la réserve de Wikwemikong.

Le programme s'adresse aux 2300 résidents autochtones de la réserve de Wikwemikong, qui compte plusieurs collectivité. Wikwemikong, la plus importante, compte plus de la moitié de la population totale; le reste de la population est disséminé dans les cinq autres localités. D'autres réserves plus petites situées sur l'île reçoivent également des services de l'équipe du programme.

La réserve est isolée sur le plan géographique: la ville la plus proche est à 20 milles de distance et le principal centre médical se trouve à Sudbury, soit à deux heures et demie en voiture. L'économie locale est en crise, les possibilités d'emplois dans la réserve sont donc réduites. Cette conjoncture sociale défavorable, alliée à la pénurie d'installations de loisirs crée un climat qui engendre l'ennui, l'alcoolisme et le désespoir.

Le programme vise à :

- réduire le nombre de suicides chez les jeunes de la région;
- améliorer la santé mentale de tous les résidents de la région.

Le programme de Wikwemikong est organisé suivant le modèle "pyramidal" de déploiement des ressources professionnelles, expression créée par Termansen et Peters :

> Dans ce type de modèle, un petit noyau de professionnels dispense à la fois des services de formation, de consultation et d'assistance à un groupe plus important de travailleurs de première ligne issus du milieu. Ces derniers ont reçu une formation portant sur certains aspects du programme d'ensemble et devront mettre en oeuvre ces aspects particuliers avec l'aide et l'appui des professionnels. Ces travailleurs peuvent même à un stade ultérieur être responsables, à leur tour, de certains des aspects de la formation et de la surveillance d'autres travailleurs au même niveau ou à un niveau inférieur. Le nombre de clients qu'on peut ainsi atteindre en utilisant le moins possible les rares ressources professionnelles se trouve ainsi multiplié. Dans un modèle semblable, on peut intégrer efficacement et améliorer les ressources communautaires existantes, par exemple le counseling par les aînés et les shamans (Termansen et Peters, 1979) (traduction).

Dans le cadre du programme, la bande emploie plusieurs professionnels de première ligne d'origine autochtone : deux conseillers en santé mentale, l'un spécialisé en counseling familial et conjugal et l'autre oeuvrant auprès des jeunes à haut risque et dispensant des services individuels ou collectifs; une infirmière-hygiéniste dirige le bureau de santé; et un assistant social s'occupe des handicapés mentaux. Ces travailleurs sont responsables du recrutement des clients et de la prise en charge des problèmes dans la réserve. Ils sont secondés par une équipe de professionnels travaillant à l'hôpital psychiatrique de Sudbury qui comprend une infirmière en psychiatrie, habitant l'île Manitoulin et accessible en tout temps, un travailleur social vivant également sur l'île, un psychologue et un psychiatre qui dispensent un service itinérant de counseling à partir de l'hôpital central. Cette équipe multidisciplinaire de professionnels fournit tout un éventail de services d'évaluation et de traitement.

Le programme compte une autre composante : le Magwa Gani Gamig (Centre de rétablissement Rainbow Lodge) que Ward décrit de la façon suivante :

> Ce centre est géré par des autochtones, s'adresse aux autochtones et son conseil d'administration est composé d'autochtones. Parmi les services offerts aux adultes figure un programme de traitement des problèmes associés à l'alcool et aux drogues adapté aux besoins des autochtones. Les programmes d'aide aux familles ont également été couronnés de succès. Un certain nombre d'activités communautaires où l'alcool était exclu ont été organisées (par exemple une réception pour la veille du Nouvel An). Le Rainbow Lodge dispose également d'un programme très dynamique à l'intention des jeunes. Il offre notamment des programmes d'éducation sur l'usage abusif d'alcool et les modes de vie positifs (Ward, 1981) (traduction).

Le programme de Wikwemikong semble bien accepté et efficace pour ce qui est de réduire la fréquence des comportements antisociaux. Sa vaste clientèle et l'augmentation régulière du nombre de personnes qui se présentent d'elles-mêmes au centre sont là pour le prouver. En outre, trois ans après la création du programme, le taux de tentative de suicide est passé de 120 à 18, le nombre de jeunes ayant quitté l'école secondaire est tombé de 46 à 24 et le nombre de juvéniles placés en liberté surveillée est passé de 30 à 5.

ANNEXE 9

MODÈLES DE PROGRAMMES DE POSTVENTION

i) *Survivor Support Program*

Le premier programme modèle d'aide aux proches des suicidés à être mis sur pied au Canada a été le *Survivor Support Program* (SSP) de Toronto, fruit de la collaboration du *Clarke Institute of Psychiatry* et du *Distress Centre I*. Un comité de direction a été créé en 1978 et après que les fonds nécessaires eurent été réunis, un directeur a été engagé en 1979.

Étant donné que les lois ontariennes relatives à la confidentialité interdisent aux coroners de révéler au SSP les noms des personnes décédées, la majorité des cas ont été retrouvés par l'entremise des médias, une minorité seulement ayant été adressée par des professionnels ou des services de santé mentale.

La première entrevue est effectuée par le directeur, responsable de l'assignation de la personne en deuil à une équipe composée de deux bénévoles. Environ le tiers des bénévoles ont vécu personnellement l'expérience du suicide dans leur famille et ont réussi à traverser cette épreuve qui les a frappés au moins deux ans plus tôt. Le reste sont des travailleurs préposés aux urgences qui sont expérimentés et travaillent sous la surveillance d'un professionnel; ils sont bien renseignés sur les attitudes et les mythes concernant le suicide, les étapes du deuil, l'expérience de la mort chez les enfants, etc.

Les proches de la victime et l'équipe qui leur a été assignée se réunissent deux heures chaque semaine pendant huit semaines. Après ces huit séances initiales, on invite la famille à faire part de son expérience à d'autres individus endeuillés au cours d'une série de réunions. Ces réunions permettent aux participants de s'entraider, d'échanger et de nouer des contacts personnels.

ii) *Edmonton Suicide-Bereavement Group*

L'Edmonton Suicide-Bereavement Group a fonctionné pendant deux ans, de juin 1980 à 1982. Il a été mis sur pied à la suite d'une étude sur le deuil effectuée par le spécialiste en suicidologie de la province, M. Solomon, qui a réalisé des entrevues avec des individus ayant vécu l'expérience du suicide dans leur famille ou leur entourage immédiat entre 3 semaines à 15 années auparavant. L'étude a montré que 83 sujets sur les 93 jugeaient l'entrevue initiale bénéfique, du fait qu'elle leur avait fourni l'occasion, souvent pour la première fois, de verbaliser leurs sentiments concernant le suicide. On retrouvait en général chez les sujets les caractéristiques signalées fréquemment dans les études, à savoir : culpabilité, honte, colère, conspiration du silence et idées fausses. Une majorité de sujets disaient également avoir besoin de recevoir du counseling et de partager leurs expériences.

Au terme de l'analyse de ces résultats, on a formé un groupe de base ouvert qui par la suite a été divisé en une série de groupes fermés. Les membres du groupe de base qui ont réussi à assumer leurs émotions après un suicide et semblent comprendre le processus de deuil, sont demeurés disponibles pour aider les nouveaux groupes.

Ces groupes comptaient entre quatre et huit personnes, y compris un membre du groupe de base et un ou deux professionnels de la santé et se réunissaient une fois par semaine pendant huit semaines. L'objet des séances était de fournir aux participants l'occasion de discuter du suicide dans un climat d'entraide. Il s'agissait de faciliter le processus de deuil et d'encourager les membres à continuer le traitement dispensé par d'autres services professionnels, au besoin. Les membres ont été recrutés de diverses façons; les premiers contacts ont été établis par des individus qui ont eu vent du programme par les médias, mais la source la plus constante d'orientation a été le bureau du médecin légiste.

iii) *S.A.F.E.R. Suicide-Bereavement Support Program*

Le *S.A.F.E.R. Suicide Bereavement Support Program* de Vancouver a été mis en oeuvre à la suite d'un atelier sur le deuil organisé en 1981 par le docteur Paul Termansen et Linda Rosenfeld. Le programme, affilié au *Suicide Attempt Counselling Service* de Vancouver (S.A.F.E.R.), comporte trois volets imbriqués : le counseling individuel, les ateliers et les groupes de soutien.

Après une évaluation initiale qui permet de déterminer si le programme convient à la personne, des séances de counseling individuel sont offertes en attendant la tenue d'un atelier. Ces séances permettent souvent aux personnes ayant vécu un deuil récent de discuter pour la première fois du suicide. Les personnes qui entrent en contact avec le programme S.A.F.E.R. d'aide aux endeuillés sont souvent encore à des stades aigus du deuil, et le counseling leur permet de mettre de l'ordre dans les idées et les émotions qui peuvent empêcher le déroulement normal du processus de deuil, en particulier si le décès est récent ou si la personne entretenait des rapports étroits avec le défunt.

Des ateliers d'une journée sont organisés tous les deux mois pour un groupe de 10 à 12 personnes; on y fournit des renseignements généraux sur le suicide et l'on présente des exercices structurés en vue d'aider les individus à bien comprendre la mort et à améliorer les relations interpersonnelles qui leur restent. Environ quatre semaines après l'atelier, un atelier de relance d'une demi-journée est organisé pour permettre aux participants de faire part aux autres des changements survenus dans leurs attitudes ou sentiments et d'établir des relations d'entraide à l'intérieur du groupe. On invite ensuite les participants à l'atelier à se joindre à un groupe d'assistance mutuelle qui se réunit chaque mois et qui vise à encourager la participation des familles qui n'ont jamais eu de contact avec le programme afin de leur communiquer de l'information sur des questions telles que les anniversaires du suicide, les anniversaires de naissance et les fêtes de famille, et de leur offrir des services d'entraide. Le groupe est plus ou moins structuré, et est parfois scindé en plusieurs petits groupes pour résoudre des problèmes précis. Il y a un professionnel qui assiste à toutes les réunions.

iv) *Calgary Bereavement Group*

Le *Calgary Bereavement Group* a été mis sur pied en 1981 et relève de l'Association canadienne pour la santé mentale, région de Calgary. La majeure partie des clients se présentent d'eux-mêmes au centre ou sont orientés par la *Calgary City Police Crisis Unit* et les salons funéraires. Lors du premier contact, on interroge l'individu au sujet de ses expériences antérieures avec la mort, des professionnels qu'il a consultés, de ses contacts avec les employés des services publics, de ses réseaux de soutien social, etc., pour déterminer si le groupe répond aux besoins de l'individu. Si l'on décide que la personne a besoin d'un counseling plus intensif que celui fourni par le groupe, celle-ci sera orientée vers un autre organisme.

Des séances de groupe ont lieu une fois par semaine le soir pendant cinq à huit semaines. Les groupes se composent de cinq à huit membres et d'un animateur qui est bien renseigné sur le deuil et le suicide et prend part activement aux discussions en groupe pendant les cinq premières semaines. Par la suite, les membres peuvent se réunir en l'absence de l'animateur, qui demeure disponible pour des consultations. Après la première série de séances, la structure du groupe devient plus ouverte, c'est-à-dire que les membres peuvent y adhérer et le quitter lorsqu'ils sont prêts.

Durant la première séance de groupe, chaque membre raconte son expérience personnelle du suicide. La plupart des groupes d'aide aux familles des suicidés procèdent ainsi, car on suppose que la plupart des membres n'ont pas eu l'occasion de discuter du suicide dans un contexte non critique en dehors de l'entrevue initiale.

Bien que la première séance soit assez structurée, les autres se déroulent de façon moins formelle. Le principal objectif visé par le groupe est de traiter des questions comme l'examen médical, le suicide en général, la communication franche et la nécessité de faire face au chagrin causé par le décès.

v) *Suicide Bereavement Program*

Le *Suicide-Bereavement Program* de l'A.I.D. à Edmonton a été lancé en 1982 et est financé par le ministère albertain des Services sociaux et de la Santé communautaire.

Les deux principaux services offerts dans le cadre du programme visent les objectifs suivants :

a) Visites à domicile :

- fournir au client l'occasion de discuter de la perte de l'être cher qui s'est suicidé;
- évaluer les besoins actuels et futurs du client, tant sur le plan du counseling individuel ou de groupe que sur le plan financier ou de la formation professionnelle, et orienter la personne vers des services d'aide à l'intérieur de la collectivité, et
- évaluer le risque suicidaire du client.

b) Groupe d'aide à la famille des suicidés :

- encourager le client à raconter son histoire de manière qu'il puisse faire face à ses problèmes personnels associés au décès, à l'agonie et au suicide; cela peut exiger qu'il fasse une description des événements précédant le décès, du suicide lui-même et des événements qui ont suivi;
- permettre au client de faire face à ses sentiments de culpabilité, de remords, de colère et de tristesse souvent incompris;
- évaluer les besoins actuels et futurs du client tant sur le plan du counseling individuel que sur le plan financier ou de la formation professionnelle et l'orienter vers des services à l'intérieur de la collectivité;
- donner l'occasion aux membres de fournir et de recevoir de l'aide tout au long du deuil, à l'intérieur comme à l'extérieur du groupe;
- faciliter l'intégration du suicide dans la vie de l'individu, pour qu'il devienne un événement dans son existence et non sa préoccupation centrale pour le reste de ses jours, et
- encourager le client à réagir à la souffrance de façon créative et à élaborer des projets positifs pour l'avenir.

Des bénévoles qui ont reçu une formation adéquate et des professionnels effectuent les visites à domicile et s'occupent des groupes dans le cadre du programme.

vi) *Windsor, Ontario Bereavement Resources*

Les *Windsor, Ontario Bereavement Resources* ont été mis sur pied par l'Association canadienne pour la santé mentale en 1975 et sont parrainés par le ministère ontarien de la Santé. Le programme offre des services de soutien aux personnes en deuil dans le cadre d'un counseling individuel ou de groupe. Il dispense des services à plusieurs groupes qui présentent des besoins spéciaux, dont les proches des suicidés. Les groupes se réunissent habituellement chaque semaine pendant environ 12 semaines.

ANNEXE 10

POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN PRÉVENTION DU SUICIDE : LE MODÈLE ALBERTAIN*

par Menno Boldt, Ph.D.

Introduction

En mars 1982, j'ai publié dans la revue Santé mentale au Canada (volume 30, nº 1) un compte rendu des recommandations faites par le Groupe de travail chargé d'étudier la question de la prévention du suicide en Alberta (Rapport Boldt). Dans le présent article, j'exposerai les grandes lignes d'un modèle unique adopté en Alberta pour la prévention du suicide, l'intervention et la "postvention" ou service de soutien.

En août 1981, le ministre des Services sociaux et de la Santé communautaire mettait sur pied le Comité consultatif provincial de la prévention du suicide (SPPAC – Suicide Prevention Provincial Advisory Committee), et lui confiait la mission de le conseiller sur l'élaboration de programmes axés sur la prévention du suicide, l'intervention et les services de soutien subséquents, ainsi que de formuler des recommandations pour le financement de ces programmes. Afin de permettre au comité consultatif de remplir son mandat, la province a affecté une somme annuelle de 800 000 $ à la prévention du suicide.

Les programmes financés sont classés sous trois rubriques : "Action communautaire", "Éducation et formation" et "Recherche". Une initiative connexe prise par le comité est ajoutée à ces dernières sous la rubrique "Collecte de fonds".

Action communautaire

Vu le taux élevé de suicide observé dans les petites collectivités de l'Alberta, le comité consultatif (SPPAC) a choisi, pour ses premières initiatives d'action communautaire, cinq centres urbains de grandeur moyenne et dont la population variait de 35 000 à 55 000 habitants. À partir des éléments d'information obtenus des organismes de bienfaisance et de la population lors de réunions qu'il a tenues dans ces dernières collectivités, le comité consultatif a élaboré un programme pilote pour coordonner l'action des organismes communautaires en place oeuvrant dans le domaine de la prévention du suicide, de l'intervention et de services de soutien subséquents.

Programme de prévention du suicide coordonné avec les organismes du milieu (CISPP – Community Interagency Suicide Prevention Program)

Pour les besoins de ce modèle, la prévention du suicide désignait l'éducation du public et la formation des "sentinelles" – personnes de l'entourage ou de premier contact -; l'intervention prenait la forme d'un service téléphonique d'aide aux suicidaires et aux personnes en difficulté, offert 24 heures sur 24, doublé de services de médecine et de psychiatrie, d'un service de counseling dispensé par les professionnels, d'un suivi assuré par des bénévoles, d'un service itinérant d'action communautaire et d'un centre de soins de courte durée; la "postvention" ou les services de soutien subséquents désignaient les services de counseling offerts aux proches des victimes de suicide. Grosso modo, il s'agit là des éléments principaux du modèle.

L'un des principes fondamentaux de ce modèle demeure qu'on ne doit pas dissocier un service précis orienté vers un problème particulier, par exemple le suicide, des autres services d'aide communautaire. Autrement dit, le problème du suicide ne doit pas être "confié exclusivement" à un organisme mais doit être perçu plutôt comme la responsabilité de l'ensemble de la collectivité. Ainsi, le modèle du Programme de prévention (CISPP) a pour objet de faire en sorte que tous les services de base soient fournis à l'intérieur d'un réseau de services coordonnés avec les organismes. Ici, le terme "coordination" renvoie à un échange volontaire de ressources entre les organismes à l'intérieur d'un réseau structuré. Dans cette optique, il faut que les rôles, fonctions et sphères de compétence de certains organismes soient élargis, ce qui exige la négociation des rôles et des fonctions et la mise sur pied d'un programme approprié de formation du personnel. Par contre, cela n'implique pas que les organismes participants renoncent d'une manière quelconque à leur autonomie.

Le modèle du Programme de prévention (CISPP) sous-tend trois éléments clés pour la prestation des services de prévention du suicide, d'intervention et de services de soutien subséquents, soit un conseil représentatif des organismes, un organisme hôte et un coordonnateur de programme. Chaque élément a un rôle bien défini à jouer à l'intérieur du programme.

Le Conseil représentatif des organismes est le principal instrument utilisé pour coordonner les services de base et pour surveiller l'élaboration, la mise en oeuvre et le fonctionnement du programme. Il se compose de représentants des organismes du milieu qui, collectivement, sont en mesure de dispenser tous les services de base. Ces organismes, appelés "organismes piliers" offrent habituellement un service d'aide téléphonique aux personnes en difficulté, des services communautaires de santé mentale, des services généraux de counseling, des services sociaux, des services psychiatriques et hospitaliers d'urgence, des services d'ambulance, de police, et de suivi par des bénévoles.

Les membres de ce conseil ont pour responsabilité de définir les règles de base et les marches à suivre pour assurer la coordination entre les organismes, le travail à l'intérieur d'un réseau, la tenue des dossiers, l'aiguillage vers d'autres sources d'aide, l'échange de renseignements et le respect du secret professionnel. Ils veillent à ce que chaque organisme participant s'acquitte de son rôle et de ses fonctions comme convenu à l'intérieur d'un réseau intégré de prestation de services. En outre, ils identifient les lacunes dans les services de base, définissent des politiques pour y remédier et établissent un ordre de priorité pour le financement des services de base, en tenant compte des objectifs à court et à long terme.

L'organisme hôte est chargé du travail d'élaboration nécessaire à la mise en oeuvre du modèle du Programme coordonné de prévention (CISPP). Ainsi, il prépare le budget annuel consacré à la prévention du suicide, veille à ce que les fonds soient convenablement gérés, entreprend des évaluations périodiques et rend compte des activités du programme. À titre de membre du conseil représentatif des organismes, il joue un rôle clé sur les plans de la coopération et de la coordination entre les organismes.

Chaque programme coordonné a à son emploi un coordonnateur de programme qui agit comme représentant du conseil, et comme personne ressource. À ce titre, il recueille de l'information au sujet des besoins de services chez les suicidaires, s'occupe de l'éducation et de la formation des personnes de premier contact, contribue à faire connaître au public le réseau des services offerts en coordination avec les organismes et à en faire usage, ainsi qu'à sensibiliser la population à mieux connaître et à mieux comprendre le comportement autodestructeur chez l'individu. Le poste de coordonnateur de programme comprend deux niveaux de responsabilité – d'abord, à l'égard de l'organisme hôte pour ce qui relève des questions administratives et fiscales – ensuite vis-à-vis du conseil représentatif des organismes pour les questions pertinentes au programme.

Le modèle du Programme de prévention du suicide coordonné avec les organismes du milieu (CISPP) présente plusieurs avantages :

- Il permet aux organismes d'assurer leur compétence dans le domaine des fonctions qui leur sont propres sans dissocier ce service des autres.
- Il réduit la confusion engendrée par le chevauchement des services, la répartition des clients et leur renvoi d'un service à l'autre.
- Il offre les avantages de la décentralisation tout en veillant à ce que tous les clients profitent des ressources appropriées du réseau.
- Il offre des services d'aide de première et de deuxième ligne, à court et à long terme, sur les plans professionnel, médical, psychologique, social et bénévole.
- Il s'agit d'une façon économique et "politiquement" acceptable de dispenser des services de prévention du suicide, d'intervention et de services de soutien à l'intérieur d'une collectivité.

* Santé mentale au Canada, juin 1985.

Les conseils représentatifs, les organismes hôtes et les coordonnateurs de programme ont réussi à susciter beaucoup d'intérêt chez les professionnels, les bénévoles, le personnel des autres organismes et l'ensemble de la population, comme à obtenir leur appui. Cet intérêt et ce soutien ne cessent de croître à mesure qu'évolue le programme.

Depuis que le concept du Programme de prévention (CISPP) a été introduit, le taux de suicide dans les cinq agglomérations urbaines cibles est passé de 25,1 à 12,4 sur 100 000 habitants, alors que le taux provincial a augmenté de 3 p. 100. C'est peut-être là un indice que les programmes (CISPP) ont une certaine incidence sur le phénomène. Il faut également signaler les nombreux cas de vies sauvées rapportés par des sources sûres, et un nombre beaucoup plus grand de tentatives de suicide qui reçoivent maintenant de l'aide des personnes de premier contact dûment formées. Cependant, avant de se prononcer de façon plus définitive au sujet de l'efficacité de ce type d'intervention, il faudra attendre que l'on recueille à plus long terme plus de données.

Éducation et formation

Pour répondre aux besoins de formation et d'éducation, le Comité consultatif provincial (SPPAC) a choisi de financer les programmes "provinciaux" qui visent à satisfaire les exigences "locales". Trois projets importants ont ainsi été financés.

Le Centre d'information et d'éducation sur le suicide (SIEC – Suicide Information and Education Center)

Créé par l'Association canadienne pour la santé mentale, ce Centre est administré grâce à une subvention octroyée à la Division de l'Alberta par le Comité provincial. Il a pour vocation de mettre à la disposition des personnes de l'entourage, des chercheurs, et de l'ensemble de la population une banque complète de données sur la prévention du suicide, sur l'intervention et les services de soutien, et de faciliter le plus possible l'accès aux renseignements nécessaires. On peut avoir directement accès à la base d'information par un terminal d'ordinateur à distance, par téléphone ou par courrier et encore par l'intermédiaire de l'agence "Q.L. Systems Limited".

On peut trouver au Centre de Calgary de nombreux articles, livres, films, documents vidéo et autre matériel d'information sur le comportement autodestructeur. Si l'on veut consulter un document qui fait partie de la base de données, mais qui ne se trouve pas au centre même, on peut généralement l'obtenir par l'intermédiaire des réseaux de prêts entre bibliothèques. Les documents qui font partie de la base de données sont répertoriés par sujet à l'aide d'un thésaurus; par auteur; par date; par type de document; et par une série de termes à définition extensible. Au moment de la rédaction du présent article, plus de 7000 documents, publiés en langue anglaise depuis 1955, avaient été versés dans la base de données.

D'autres services sont offerts aux usagers du centre d'information, entre autres : un répertoire d'organismes et de personnes ressources qui s'occupent de la recherche, de la thérapie, de services directs, de formation et d'éducation dans le domaine du suicide; une publication qui renseigne sur tous les récents documents inscrits dans la base de données, sur l'avènement de conférences, d'ateliers et d'autres activités d'intérêt; un service d'obtention des documents inscrits dans la base de données; un service de documentation; un service de diffusion de coupures de journaux et un service d'échange d'information.

Bien que le Centre d'information soit une initiative financée par le gouvernement de l'Alberta, à l'usage des Albertains, d'autres groupes au plan international y contribuent et y participent. C'est pourquoi il n'existe aucune restriction géographique quant aux utilisateurs ou aux collaborateurs éventuels du centre. Toutefois, les usagers de l'extérieur de la province sont tenus d'acquitter un droit destiné à couvrir les dépenses entraînées par les services qui leur sont offerts.

Programme de formation en prévention du suicide (SPTP – Suicide Prevention Training Program)

À l'instar du Centre d'éducation et de formation sur le suicide, le Programme de formation en prévention du suicide (SPTP) a été créé à l'instigation de l'Association canadienne pour la santé mentale et fonctionne grâce à une subvention accordée par le Comité consultatif provincial (SPPAC) à la Division de l'Alberta. Les deux programmes sont étroitement reliés et relèvent d'un même directeur. Le Programme en prévention (SPTP) a pour mandat d'offrir aux personnes de premier contact une formation en prévention de suicide, en intervention et sur les services du soutien subséquents, d'un bout à l'autre de l'Alberta.

Le premier programme de formation élaboré et mis à l'essai par cet autre organisme (SPTP) consiste en un atelier de deux jours sur les notions de base en prévention du suicide. Il comporte trois modules qui traitent respectivement des attitudes, des connaissances et des techniques. L'objet de cet atelier est de préparer les personnes de premier contact à reconnaître les symptômes du comportement suicidaire, à évaluer les risques, et à prendre les mesures qui s'imposent ou à orienter l'intéressé vers les sources d'aide appropriées. Les modules sont continuellement révisés à la lumière des résultats observés sur le terrain.

Le Comité consultatif provincial de la prévention du suicide (SPPAC) a octroyé au SPTP des fonds pour lui permettre de mettre au point deux programmes d'enseignement spécialisé, dont l'un porte sur le counseling aux personnes touchées par le suicide d'un proche, et l'autre sur la prévention du suicide chez les jeunes à être donné dans les écoles. On envisage d'adopter d'autres programmes d'enseignement spécialisé qui s'adresserait à des groupes à risque élevé.

Il existe une très grande interrelation entre les programmes provinciaux d'information et de formation SEIC et SPTP d'une part et les programmes locaux de prévention de suicide coordonnés avec les organismes du milieu CISPP, d'autre part. Les deux programmes de niveau provincial ont pour objectif premier de mieux préparer les travailleurs de première ligne à sauver des vies. Pour sa part, le programme local de prévention (CISPP) facilite la tâche au SEIC et au SPTP en faisant la promotion systématique de ces importants services d'éducation et de formation en prévention du suicide dans leur région.

Programme de formation en prévention du suicide en milieu autochtone (NSPTP – *Native Suicide Prevention Training Program*)

Étant donné l'identité culturelle unique des autochtones, la ségrégation sociale dont ils sont victimes, l'isolement géographique vécu et leur réticence à s'adresser à des organismes "non indiens" pour obtenir de l'aide, le SPPAC a décidé que le meilleur moyen d'assurer la prévention du suicide en milieu autochtone était d'amener les autochtones à concevoir eux-mêmes leurs approches face au problème.

C'est dans une telle perspective que le Native Counselling Service of Alberta (NCSA) a reçu les crédits voulus pour mettre au point et mettre à l'essai un programme de formation en prévention du suicide spécialement conçu pour répondre aux besoins de la population autochtone. Il en est ressorti un manuel de formation qui consiste en quatre modules qui traitent des attitudes, des techniques d'intervention d'urgence, du counseling aux proches d'une victime du suicide et de la sensibilisation aux besoins dans le domaine de prévention du suicide. Au cours de la prochaine phase de ce projet, le personnel du NCSA choisira et préparera des animateurs provenant des diverses collectivités autochtones à utiliser le matériel de formation. Par la suite, ces derniers animeront dans leur propre collectivité des ateliers de prévention du suicide à l'intention des personnes de premier contact, et serviront de plus de personnes ressources.

Recherche

La plupart des spécialistes reconnaissent qu'il y a lieu d'approfondir les recherches sur le suicide et le comportement autodestructeur. À mesure que les programmes de prévention du suicide évolueront, il faudra orienter une bonne partie des recherches sur l'évaluation et l'amélioration de l'efficacité de ces nouveaux programmes. En outre, il faudrait mettre sur pied une base de données complète sur le suicide et le comportement autodestructeur. C'est dans cette optique que

l'Université de Calgary a reçu des fonds du SPPAC pour mettre au point un plan d'action détaillé, proposer un plan d'exécution et fournir des estimations budgétaires pour l'établissement d'un centre de recherches. Le plan propose la création d'un institut de recherche pluridisciplinaire qui aurait pour mandat d'entreprendre des recherches fondamentales, appliquées et cliniques. On examine actuellement diverses stratégies pour financer cet institut.

L'Université de Calgary s'est vu octroyer, en même temps que la subvention pour la création d'un centre de recherche, suffisamment de crédits pour faire l'acquisition d'une collection complète d'ouvrages rédigés par des universitaires. Cette collection a été constituée et est répertoriée dans la base de données du centre d'information.

La collecte de fonds

Si l'on fait le point sur le financement des activités de prévention du suicide, on s'aperçoit qu'il y aurait lieu de créer une association bien en vue, indépendante et sans but lucratif qui s'occuperait de recueillir des fonds auprès de la population en général et du milieu des affaires, fonds qui viendraient s'ajouter aux crédits octroyés par le gouvernement pour les programmes de prévention du suicide. Une telle approche a donné d'excellents résultats dans le cadre des campagnes de financement pour les maladies du coeur, le cancer et diverses autres causes. Cependant, pouvait-on présumer que la population serait disposée à investir le temps et l'argent voulus pour assurer la réussite d'une campagne de financement pour la prévention du suicide?

Étant donné l'importance de cette question qui demeurait sans réponse, le comité consultatif provincial a lancé un projet pilote pour déterminer si une telle campagne était réalisable. La Fondation canadienne de la prévention du suicide a été créée dans le but précis de piloter et d'évaluer cette campagne de financement. Trois objectifs avaient été fixés pour ce projet pilote : l'élaboration des structures nécessaires pour mettre en marche et faire l'évaluation d'une campagne de financement à stratégies multiples (le porte à porte, les envois postaux, les événements spéciaux, les associations de bienfaisance et les sollicitations en milieu rural); la poursuite d'un programme d'éducation soigneusement conçu à l'intention du public; et la cueillette systématique de données sur une foule de variables rattachées à la participation de bénévoles et à la réaction de la population. L'une des agglomérations urbaines du programme modèle de l'Alberta, Lethbridge, a été choisie pour ce projet pilote. Quelque 320 bénévoles ont pris part à l'initiative, et ont amassé 13 242 $ en une semaine de campagne, ce qui prouve la viabilité d'une telle entreprise.

Analyse

Il serait faux de laisser entendre au lecteur qu'il ne reste plus rien à faire dans le domaine de la prévention du suicide en Alberta. Au mieux, on peut dire que les débu sont prometteurs. Les régions rurales repré sentent un défi particulier qu'on n'a pas en core relevé. Ici, nous envisageons de mett sur pied à l'échelle de la province un programme d'intervention, offert 24 heures sur 24. Il s'agira d'un service centralisé et gratuit d'aide téléphonique couplé à un réseau d'aide sur demande de bénévoles et d professionnels dûment formés. La formatio sera assumée par le Programme de formati en prévention (SPTP).

Au nombre des problèmes qui mettent au défi la vie de l'individu, le comporteme autodestructeur est le seul pour lequel il n'existe aucun service bien défini, dispensé par un personnel qualifié et dûment formé. Souvent, les gens qui sont portés au suicid ou dont un proche se trouve dans une telle situation ne savent où s'adresser pour trouv une aide efficace. En Alberta, nous nous efforçons de combler cette lacune en créan des réseaux efficaces de prévention du suicide, d'intervention et de services de soutie subséquents par le biais des services coordonnés d'organismes communautaires bien en vue, appuyés par des programmes d'édu cation, de formation, de recherche et de financement établis à l'échelon provincial.

ANNEXE 11

TAUX DE SUICIDE CANADIENS

Les données des tableaux A-1 à A-39 sont fondées sur l'information fournie par la Section de la statistique de l'état civil et de la santé de Statistique Canada.

Une attention particulière devrait être accordée à l'interprétation des tableaux A-34 à A-39 parce que l'exactitude des taux de suicide au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest est déformée à cause de leur faible population.

Un tiret simple (-) à l'intérieur d'un tableau indique l'absence de suicide pour ce groupe d'âge durant l'année spécifiée. Un double tiret (- -) indique la présence de suicide mais que le taux par 100 000 était moins de ,05.

Tableau A-1 Canada : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	0,3	3,3	7,3	9,9	9,7	9,5	10,7	14,9	16,5	18,4	19,1	15,4	12,7	7,6
1961	0,4	2,?	5,7	7,0	8,6	10,2	12,8	16,0	17,7	17,6	19,0	19,7	13,8	7,5
1962	0,6	3,2	6,8	8,1	9,2	10,1	10,9	14,5	18,4	18,3	17,3	13,8	9,2	7,2
1963	0,7	3,9	8,1	8,4	9,8	11,3	12,8	13,3	17,5	17,1	17,6	15,1	11,6	7,6
1964	0,6	3,5	7,7	9,2	12,2	12,3	13,7	16,1	19,4	19,7	20,1	15,8	10,8	8,2
1965	0,8	3,7	8,3	9,7	11,4	13,1	14,8	15,3	21,0	20,7	21,9	19,6	11,1	8,8
1966	0,9	3,7	9,1	10,8	9,9	13,7	13,0	16,7	20,2	22,2	18,1	14,5	11,4	8,6
1967	0,6	5,0	10,1	11,5	12,8	12,4	16,7	16,9	17,9	21,2	17,1	18,2	9,9	9,0
1968	0,8	4,6	10,9	12,2	13,4	15,1	17,8	16,9	20,6	22,2	19,5	18,5	9,9	9,7
1969	0,7	6,2	13,9	12,4	12,9	16,4	18,5	22,2	21,7	24,4	20,8	15,6	13,4	10,9
1970	0,7	7,0	14,0	13,8	15,3	18,2	19,7	21,2	21,3	22,6	19,9	19,6	11,0	11,3
1971	0,7	7,9	14,4	14,1	15,6	17,3	21,8	22,0	23,8	23,3	22,1	16,3	10,9	11,9
1972	1,0	9,3	16,9	16,9	16,0	17,6	21,2	20,5	22,4	20,0	18,3	16,8	10,6	12,2
1973	1,0	9,1	16,6	15,5	15,5	18,7	17,5	23,0	21,5	23,7	24,6	21,5	9,8	12,6
1974	0,7	10,8	19,0	17,6	15,1	19,3	20,3	20,9	23,2	19,5	18,5	19,2	12,1	12,9
1975	0,9	10,1	18,8	16,8	13,1	17,5	19,1	18,9	21,0	19,9	17,7	19,9	9,6	12,3
1976	1,0	10,7	18,6	18,1	17,2	16,3	19,6	21,0	20,7	19,3	17,9	13,6	10,1	12,8
1977	1,4	12,6	22,6	18,5	17,5	19,9	18,7	22,3	24,8	20,5	17,5	19,6	10,6	14,2
1978	1,4	12,0	22,2	22,1	19,0	18,1	21,7	21,5	21,8	21,3	20,7	18,0	10,6	14,8
1979	1,1	12,9	21,7	18,8	17,3	17,7	20,9	21,9	20,5	21,0	20,3	18,4	9,4	14,2
1980	1,1	11,8	18,8	20,3	17,2	17,1	16,8	22,2	22,1	19,3	20,6	18,4	13,2	14,0
1981	1,8	12,7	19,6	16,1	17,7	16,4	20,1	19,6	21,3	21,9	17,1	17,5	13,7	14,0
1982	1,4	12,6	19,1	20,5	18,1	17,3	18,4	20,6	22,2	22,3	17,5	17,5	11,9	14,3
1983	1,2	13,4	19,8	20,5	19,3	17,3	20,8	22,0	19,4	21,9	21,2	19,3	14,5	15,1
1984	1,5	12,3	18,8	17,3	17,4	16,2	18,6	17,1	22,1	21,0	17,7	16,0	12,4	13,7
1985	0,9	11,2	17,7	16,8	16,?	15,9	17,0	17,7	17,8	18,2	15,5	16,2	15,8	12,9

Tableau A-2 Canada : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	0,1	1,2	2,4	4,0	4,1	3,2	4,5	5,8	7,6	7,1	8,4	6,2	5,7	3,0
1961	—	0,9	2,5	2,9	4,3	4,7	4,5	9,0	6,9	7,0	4,8	7,3	3,8	3,0
1962	0,2	1,4	2,6	3,6	5,3	5,0	5,2	6,9	7,4	6,5	6,1	6,0	3,3	3,1
1963	0,1	2,4	3,2	5,3	5,2	5,9	5,9	7,3	10,7	8,7	5,6	7,1	4,8	3,8
1964	0,1	1,7	3,7	4,9	6,4	7,8	6,7	8,0	11,0	10,8	6,4	8,5	3,5	4,1
1965	0,3	1,8	2,9	4,5	7,5	7,9	8,0	9,3	10,9	10,4	10,3	8,7	5,9	4,5
1966	0,1	1,3	3,0	6,3	4,9	8,5	6,6	10,2	11,0	13,9	9,0	4,7	4,2	4,3
1967	0,2	1,5	4,1	6,0	7,5	7,2	12,0	9,1	10,2	11,0	8,2	8,8	4,8	4,8
1968	0,3	1,3	5,3	5,9	7,3	10,3	12,1	9,8	13,7	9,0	8,5	10,0	5,3	5,2
1969	0,3	1,8	6,4	7,2	8,4	9,3	11,2	15,5	13,5	15,2	13,5	9,3	5,2	6,2
1970	0,3	3,8	5,8	8,2	9,4	9,7	11,9	15,1	13,9	13,2	8,9	11,2	5,5	6,4
1971	0,4	3,1	5,7	5,7	10,2	9,9	13,2	14,9	14,6	13,3	11,1	9,6	6,1	6,4
1972	0,5	4,3	5,7	11,2	9,3	11,8	14,7	12,2	13,1	12,6	9,8	10,8	6,7	6,9
1973	0,3	4,3	5,9	9,5	10,1	9,9	9,5	15,2	13,0	15,3	14,7	13,3	7,7	7,1
1974	0,3	3,2	6,7	9,9	9,1	12,9	11,2	13,8	15,7	13,5	12,1	11,6	5,7	7,1
1975	0,3	4,2	7,9	8,5	7,4	11,6	13,0	13,5	13,2	11,9	8,1	12,1	5,7	6,8
1976	0,4	4,3	8,2	7,8	11,8	11,0	12,2	13,7	11,2	14,0	11,1	8,6	6,6	7,2
1977	0,7	4,7	7,1	9,4	8,9	10,9	9,4	14,3	15,6	13,4	12,6	11,1	6,2	7,3
1978	0,5	4,4	7,1	9,8	8,3	9,3	14,0	11,1	14,1	13,0	13,4	11,5	7,3	7,3
1979	0,7	4,9	8,4	8,3	7,5	10,8	11,0	10,8	15,0	11,7	8,5	10,6	6,9	7,0
1980	0,6	3,8	7,0	8,2	8,0	8,7	8,8	12,9	14,5	10,9	13,6	9,6	7,3	6,8
1981	1,0	3,8	5,9	6,9	8,1	8,5	12,1	11,9	12,7	13,6	8,9	11,0	8,0	6,8
1982	0,4	3,2	6,2	8,0	8,0	10,0	9,9	10,5	11,7	12,9	8,5	8,9	5,6	6,4
1983	0,3	3,7	5,2	7,6	8,7	10,4	11,6	14,0	10,9	11,2	11,5	11,0	7,3	6,9
1984	0,4	3,2	5,2	6,5	7,7	7,6	11,2	9,0	12,0	10,9	10,4	9,9	6,1	6,1
1985	0,6	3,6	4,2	6,1	7,0	7,8	8,3	10,4	7,6	8,8	7,3	8,0	6,2	5,4

Tableau A-3 Canada : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	0,6	5,3	12,3	15,7	15,1	16,0	16,8	23,7	24,8	29,1	29,8	24,8	25,9	12,0
1961	0,8	3,7	9,0	11,1	12,9	15,8	21,1	22,7	28,0	27,6	33,2	32,5	28,8	11,9
1962	1,0	5,1	11,1	12,6	13,0	15,4	16,7	22,0	29,0	29,5	28,5	22,0	19,3	11,2
1963	1,2	5,3	13,1	11,5	14,2	16,7	19,7	19,2	24,0	25,1	29,5	23,5	24,6	11,4
1964	1,2	5,3	11,7	13,5	17,7	16,6	20,7	24,1	27,5	28,4	33,7	23,6	23,0	12,3
1965	1,2	5,5	13,7	14,9	15,2	18,2	21,7	21,2	30,8	30,8	33,4	31,2	23,8	12,9
1966	1,7	6,0	15,3	15,3	14,8	18,8	19,5	23,2	29,3	30,2	27,3	25,1	24,9	12,8
1967	0,9	8,5	16,1	17,1	18,0	17,5	21,3	24,1	25,5	31,2	26,3	28,5	21,9	13,2
1968	1,2	7,8	16,4	18,7	19,4	19,8	23,4	24,9	27,5	35,3	30,7	27,8	22,1	14,2
1969	1,0	10,4	21,3	17,6	17,4	23,2	25,8	29,0	30,0	33,6	28,3	22,5	30,4	15,6
1970	1,2	10,1	22,3	19,3	21,1	26,5	27,3	27,4	28,8	32,1	31,3	28,8	25,2	16,2
1971	1,1	12,7	23,1	22,2	20,7	24,5	30,1	29,2	33,3	33,4	33,5	23,6	25,3	17,3
1972	1,4	14,2	28,1	22,6	22,4	23,3	27,5	28,9	32,0	27,6	27,2	23,3	24,7	17,2
1973	1,6	13,6	27,2	21,5	20,6	27,1	25,1	30,8	30,4	32,5	34,9	30,5	23,0	18,0
1974	1,1	18,0	31,2	25,3	20,8	25,5	28,9	27,9	31,1	25,8	25,2	27,7	28,4	18,7
1975	1,6	15,8	29,6	25,1	18,6	23,2	24,8	24,1	29,1	28,4	27,9	28,5	22,9	17,8
1976	1,5	16,8	29,0	28,3	22,5	21,6	26,7	28,2	30,7	25,0	25,2	19,2	24,0	18,4
1977	2,0	20,2	38,0	27,6	26,0	28,6	27,7	30,2	34,4	28,2	22,9	29,3	25,4	21,2
1978	2,2	19,4	37,1	34,3	29,6	26,6	29,3	31,7	29,8	30,3	28,7	25,5	30,6	22,4
1979	1,5	20,6	34,9	29,4	27,0	24,4	30,5	32,8	26,2	31,0	33,5	27,3	22,7	21,4
1980	1,5	19,4	30,4	32,5	26,2	25,4	24,7	31,4	29,9	28,5	28,5	28,6	32,0	21,3
1981	2,5	21,2	33,2	25,5	27,3	24,2	28,0	27,1	29,9	30,8	26,2	25,1	33,6	21,3
1982	2,4	21,5	32,0	33,2	28,2	24,4	26,8	30,5	32,6	32,3	27,6	27,6	29,2	22,3
1983	2,1	22,7	34,2	33,5	30,1	24,2	29,8	29,8	27,9	33,1	32,2	29,1	36,1	23,4
1984	2,4	21,0	32,0	28,3	27,2	24,8	25,9	25,2	32,1	31,5	25,8	23,2	31,6	21,4
1985	1,3	18,4	30,8	27,5	26,5	23,9	25,6	25,0	28,0	27,9	24,9	25,9	30,1	20,5

Tableau A-4 Terre-Neuve : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	6,6	7,5	7,8	4,0	4,2	4,7	—	—	—	—	18,0	2,7
1961	—	4,6	3,3	—	3,9	8,1	8,3	4,6	17,0	7,5	8,8	—	11,6	3,7
1962	—	—	3,2	—	3,8	—	4,1	—	—	21,6	—	10,1	11,3	1,9
1963	—	—	3,0	3,7	11,4	4,0	8,2	8,8	5,3	20,7	8,5	—	5,6	3,4
1964	—	2,0	6,0	10,9	3,8	7,9	16,5	8,7	10,2	—	—	—	—	3,5
1965	—	—	5,8	7,2	7,8	19,8	—	21,6	4,9	12,6	8,3	19,8	5,4	4,7
1966	—	—	2,8	10,7	7,9	4,0	—	17,3	4,8	6,1	—	9,7	5,3	3,0
1967	—	—	5,2	—	3,9	8,0	8,4	—	—	5,9	15,7	—	—	2,0
1968	—	—	—	10,0	—	4,0	4,2	—	—	—	—	—	5,1	1,2
1969	—	—	2,3	3,2	—	—	—	4,3	—	5,4	7,2	—	5,0	1,2
1970	—	4,9	—	9,5	15,8	21,1	4,3	8,7	22,9	—	6,9	—	4,9	4,8
1971	—	1,7	2,2	2,9	7,3	7,9	8,4	8,7	4,6	20,3	6,6	17,8	—	3,6
1972	—	—	2,1	2,7	3,5	—	20,8	13,0	4,5	10,0	—	8,6	—	2,8
1973	—	1,6	14,2	—	10,2	7,8	4,1	—	13,2	25,0	12,0	8,6	4,6	4,8
1974	—	—	1,9	—	—	3,9	—	4,4	4,4	10,1	—	16,7	13,8	2,2
1975	—	1,6	7,2	7,1	3,2	7,8	4,1	4,3	9,3	14,8	—	7,9	—	3,5
1976	—	3,2	1,9	2,2	5,6	7,3	8,1	8,6	9,0	14,4	16,5	7,3	—	3,8
1977	—	3,1	3,7	6,4	5,2	3,6	8,1	13,1	13,6	4,7	—	13,8	—	3,7
1978	—	—	9,4	4,1	2,5	3,4	8,0	4,2	—	9,2	5,4	—	—	2,6
1979	—	4,7	5,5	4,1	4,6	3,2	3,9	20,7	8,9	4,7	16,1	12,4	—	4,4
1980	1,6	4,7	5,4	—	8,7	3,1	3,8	8,2	8,7	4,8	5,2	—	—	3,3
1981	—	4,8	11,7	6,1	6,6	—	7,5	4,2	17,7	4,8	—	—	—	4,2
1982	—	8,0	6,2	13,1	—	11,0	16,8	4,4	19,1	—	—	—	14,2	6,0
1983	—	9,6	9,4	4,1	10,7	12,7	10,3	4,2	—	—	29,4	5,9	6,8	6,2
1984	1,7	13,0	12,7	2,0	12,7	7,2	—	8,1	17,5	9,4	14,9	5,8	3,3	6,7
1985	1,7	—	1,8	4,1	4,2	4,6	12,7	7,9	8,8	13,8	10,3	11,4	—	4,0

Tableau A-5 Terre-Neuve : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	7,9	—	—	—	—	—	—	—	—	8,5	0,4
1961	—	—	—	—	—	—	—	—	12,5	—	17,8	—	8,7	1,3
1962	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1963	—	—	—	—	8,0	—	—	9,3	11,4	29,4	—	—	—	2,2
1964	—	4,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1965	—	—	—	7,5	—	—	—	9,2	—	—	—	—	—	0,8
1966	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1967	—	—	5,1	—	—	—	—	—	—	—	16,4	—	—	0,8
1968	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1969	—	—	—	—	—	—	—	10,9	—	11,5	—	—	—	0,4
1970	—	6,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,8
1971	—	—	—	—	—	8,3	8,7	—	—	21,6	—	—	—	1,6
1972	—	—	—	5,5	—	—	17,4	—	9,5	—	—	—	—	1,5
1973	—	—	4,0	—	—	—	—	—	9,2	21,3	—	—	—	1,5
1974	—	—	—	—	—	—	—	—	9,3	—	—	—	12,0	0,8
1975	—	3,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,4
1976	—	—	3,8	—	—	7,6	—	—	—	—	11,2	—	—	1,1
1977	—	—	3,8	—	—	—	—	—	9,3	—	—	—	—	0,7
1978	—	—	3,8	4,1	—	6,9	8,3	—	—	—	—	—	—	1,4
1979	—	—	—	—	—	—	—	8,6	—	—	—	—	—	0,4
1980	—	—	—	—	—	—	—	8,5	—	—	—	—	—	0,4
1981	—	—	—	4,0	4,4	—	7,7	—	—	9,7	—	—	—	1,4
1982	—	—	3,9	—	—	—	—	—	—	9,7	—	—	—	0,7
1983	—	6,5	3,7	—	4,3	5,1	—	—	—	—	9,9	—	—	2,1
1984	—	6,6	—	—	—	4,9	—	—	9,1	—	—	—	—	1,4
1985	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tableau A-6 Terre-Neuve : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	13,0	7,1	14,9	7,6	7,9	8,9	—	—	—	—	36,1	4,8
1961	—	9,1	6,5	—	7,5	15,4	15,6	8,8	20,8	14,3	—	—	23,3	6,0
1962	—	—	6,2	—	7,4	—	7,8	—	—	41,1	—	20,4	22,7	3,8
1963	—	—	6,1	7,1	14,6	7,6	15,6	8,3	—	13,0	16,9	—	11,2	4,5
1964	—	—	12,0	21,1	7,3	15,0	31,2	16,5	19,2	—	—	—	—	6,5
1965	—	—	11,8	7,0	14,9	37,9	—	32,8	9,3	23,5	16,1	40,0	10,9	8,4
1966	—	—	5,7	21,0	15,2	7,6	—	32,8	9,2	11,4	—	19,6	11,0	5,9
1967	—	—	5,2	—	7,6	15,4	16,0	—	—	11,0	15,2	—	—	3,1
1968	—	—	—	20,0	—	7,7	8,0	—	—	—	—	—	10,8	2,3
1969	—	—	4,5	6,4	—	—	—	8,3	—	—	13,7	—	10,3	1,9
1970	—	3,3	—	19,2	30,8	40,7	8,2	16,9	43,9	—	13,0	—	10,4	8,7
1971	—	3,3	4,5	5,7	14,2	7,5	8,0	16,6	8,8	19,2	12,6	35,5	—	5,6
1972	—	—	4,2	—	6,9	—	24,0	25,0	—	18,9	—	16,9	—	4,1
1973	—	3,1	24,5	—	20,1	14,9	7,9	—	16,9	28,3	23,0	16,9	10,0	8,0
1974	—	—	3,8	—	—	7,6	—	8,5	—	19,2	—	32,8	30,3	3,6
1975	—	—	14,2	14,3	6,3	15,0	7,9	8,3	17,9	,3	—	15,6	—	6,4
1976	—	6,2	—	4,3	11,0	7,1	15,5	16,7	17,5	28,0	21,6	14,3	—	6,4
1977	—	6,1	3,7	12,6	10,3	6,9	15,6	25,4	17,7	9,1	—	27,4	—	6,6
1978	—	—	14,8	4,1	4,8	—	7,8	8,1	—	17,9	10,8	—	—	3,8
1979	—	9,2	10,9	8,1	9,1	6,3	7,6	32,0	17,4	9,1	31,9	25,0	—	8,2
1980	3,1	9,2	10,7	—	17,2	6,0	7,4	7,9	17,1	9,3	10,3	—	—	6,1
1981	—	9,4	24,0	8,2	8,7	—	7,3	8,1	34,5	—	—	—	8,1	7,0
1982	—	15,8	12,0	12,5	26,2	—	21,3	32,6	8,6	28,2	—	—	32,0	11,2
1983	—	12,6	15,2	8,3	17,1	20,0	20,3	8,1	—	—	48,5	12,2	15,2	10,3
1984	3,3	19,2	25,2	4,2	25,6	9,5	—	15,9	25,4	18,7	29,7	11,9	7,4	12,0
1985	3,3	—	3,5	8,3	8,5	9,1	25,0	15,4	17,2	27,3	20,6	23,3	—	7,9

Tableau A-7 Île-du-Prince-Édouard : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	11,4	—	—	37,7	17,5	—	18,5	20,8	—	—	57,1	18,0	7,8
1961	—	—	—	—	—	17,5	35,1	17,8	—	—	—	55,6	11,6	6,7
1962	—	—	30,3	16,1	—	—	—	—	—	—	—	26,3	11,3	3,7
1963	—	—	15,2	16,4	—	17,5	—	—	58,8	—	—	—	5,6	5,6
1964	—	10,2	—	—	17,2	17,5	17,5	17,8	37,0	46,5	27,0	—	—	11,0
1965	—	9,5	—	—	—	—	—	17,8	—	22,2	27,0	—	5,4	5,5
1966	—	—	—	17,5	36,4	—	35,7	—	—	43,5	—	27,8	5,3	7,4
1967	—	—	—	—	—	37,7	18,2	37,0	55,6	—	—	—	—	9,2
1968	—	8,8	—	—	—	—	18,9	—	18,5	40,8	50,0	27,8	5,1	7,3
1969	—	8,9	—	33,9	35,1	18,5	—	55,6	19,6	23,8	27,8	—	5,0	11,7
1970	—	—	—	—	56,6	38,5	—	19,2	18,9	80,0	23,8	—	4,9	10,9
1971	—	8,7	—	15,6	70,0	18,1	—	—	19,0	19,1	—	—	—	11,6
1972	—	—	—	14,7	—	—	38,5	—	18,9	19,2	—	—	—	4,4
1973	—	8,0	—	38,5	—	35,1	37,7	—	—	19,2	—	52,6	4,6	10,4
1974	—	7,9	18,7	12,0	32,3	35,1	—	19,2	37,7	19,6	41,7	—	13,8	12,0
1975	—	7,8	26,8	10,9	15,4	16,9	18,2	18,9	—	38,5	—	51,3	—	11,8
1976	—	15,6	49,9	10,6	14,5	50,0	35,1	19,2	37,5	38,0	58,7	23,7	—	19,5
1977	—	30,5	9,3	—	—	16,4	17,2	—	18,9	37,7	19,6	22,7	—	10,0
1978	—	7,6	9,1	10,5	23,5	—	69,0	54,5	56,6	18,5	—	—	—	13,1
1979	—	7,5	—	21,1	22,0	29,9	17,2	71,4	37,7	—	40,0	—	—	13,0
1980	—	15,0	17,4	10,4	20,6	14,5	—	35,7	—	18,9	19,6	20,8	—	11,3
1981	—	7,7	19,0	—	—	14,0	16,5	—	37,9	18,8	19,2	—	—	7,3
1982	—	—	28,6	—	21,1	12,8	16,4	17,6	18,7	—	19,1	—	14,1	9,0
1983	—	17,1	45,5	20,8	10,6	11,8	—	17,9	18,5	—	18,9	—	6,8	12,9
1984	9,3	9,0	16,7	—	21,3	11,0	30,3	17,5	74,1	19,2	—	—	3,3	12,0
1985	—	—	8,1	9,7	21,3	—	—	—	—	18,9	—	—	—	3,9

Tableau A-8 Île-du-Prince-Édouard : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1961	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1962	—	—	31,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,9
1963	—	—	—	—	—	—	—	—	41,7	—	—	—	—	1,9
1964	—	—	—	—	—	—	35,7	—	—	—	55,6	—	—	3,7
1965	—	19,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,9
1966	—	—	—	—	—	—	35,7	—	—	—	—	—	—	1,9
1967	—	—	—	—	—	—	37,0	37,0	37,0	—	—	—	44,4	9,3
1968	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1969	—	—	—	—	35,7	38,5	—	37,0	—	—	55,6	—	—	7,3
1970	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1971	—	—	—	—	35,6	—	—	—	—	—	—	—	—	1,8
1972	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1973	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52,6	—	1,7
1974	—	—	18,9	—	—	—	—	—	37,0	—	—	—	—	3,4
1975	—	—	17,9	—	—	—	—	38,5	—	—	—	—	—	3,4
1976	—	15,6	—	—	—	—	—	—	—	—	76,6	—	—	5,1
1977	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37,0	—	—	—	1,7
1978	—	15,4	18,5	—	—	—	—	—	37,0	35,7	—	—	—	6,6
1979	—	—	—	—	—	—	—	74,1	37,0	—	—	—	—	4,9
1980	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	41,7	—	1,6
1981	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1982	—	—	19,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,6
1983	—	—	18,2	20,4	—	23,8	—	35,7	—	—	—	—	—	6,4
1984	—	—	—	—	—	—	31,3	—	—	37,0	—	—	—	3,2
1985	—	—	—	19,2	20,8	—	—	—	—	—	—	—	—	3,1

Tableau A-9 Île-du-Prince-Édouard : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	22,2	—	—	74,1	35,7	—	35,7	40,0	—	—	117,6	—	15,3
1961	—	—	—	—	—	35,7	69,0	34,5	—	—	—	111,1	29,4	13,1
1962	—	—	29,4	31,2	—	—	—	—	—	—	—	52,6	—	5,5
1963	—	—	29,4	32,2	—	34,5	—	—	74,1	—	—	—	—	9,1
1964	—	20,0	—	—	33,3	34,5	—	35,7	71,4	87,0	—	—	54,1	18,1
1965	—	—	—	—	—	—	—	35,7	—	41,7	52,6	—	54,1	9,0
1966	—	—	—	34,5	69,0	—	35,7	—	—	80,0	—	55,6	—	12,7
1967	—	—	—	—	—	74,1	—	37,0	74,1	—	—	—	—	9,1
1968	—	17,2	—	—	—	—	37,0	—	37,0	80,0	95,2	55,6	—	14,4
1969	—	17,5	—	66,7	34,5	—	—	74,1	38,5	45,4	—	—	—	16,1
1970	—	—	—	—	111,1	74,1	—	38,5	38,5	160,0	45,5	—	—	21,7
1971	—	17,1	—	30,4	103,3	35,0	—	—	38,5	37,7	—	—	108,1	21,3
1972	—	—	—	28,6	—	—	74,1	—	38,5	38,5	—	—	—	8,8
1973	—	15,9	—	75,0	—	69,0	71,4	—	—	38,5	—	52,6	25,6	19,1
1974	—	15,4	18,9	23,8	64,5	69,0	—	38,5	38,5	38,5	83,3	—	—	20,5
1975	—	15,4	35,7	21,7	31,3	33,3	34,5	—	—	80,0	—	100,0	25,6	20,2
1976	—	15,5	99,2	20,9	28,4	98,4	68,3	37,8	75,2	78,6	40,1	47,6	—	33,7
1977	—	59,7	18,5	—	—	31,3	34,5	—	38,5	38,5	40,0	45,5	—	18,2
1978	—	—	—	20,8	45,5	—	133,3	107,1	76,9	—	—	—	—	19,6
1979	—	14,7	—	41,7	43,5	58,8	33,3	69,0	38,5	—	83,3	—	—	21,0
1980	—	29,0	33,9	20,8	40,0	28,6	—	69,0	—	38,5	40,0	—	—	20,8
1981	—	15,1	38,7	—	—	27,2	32,7	—	74,8	38,6	40,7	—	—	14,8
1982	—	—	38,4	—	42,3	24,8	32,4	35,2	36,3	—	40,8	—	22,2	16,4
1983	—	33,9	72,7	20,8	21,3	—	—	—	35,7	—	40,0	—	44,4	19,5
1984	17,9	17,5	32,8	—	42,6	21,7	—	34,5	—	—	40,0	45,5	—	20,8
1985	—	—	15,9	—	21,3	—	—	—	—	38,5	—	—	—	4,7

Tableau A-10 Nouvelle-Écosse : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	11,2	4,0	6,8	9,1	13,3	13,5	12,5	21,0	18,5	17,1	14,3	12,2	8,0
1961	1,2	1,6	—	2,3	9,2	13,3	6,7	12,2	17,3	7,3	16,9	14,1	4,8	5,2
1962	1,2	4,5	7,8	9,1	11,7	13,5	13,5	12,0	11,2	—	12,7	4,7	4,7	6,0
1963	—	2,9	3,8	2,3	—	11,5	18,0	14,2	13,6	10,3	8,4	28,2	13,8	6,1
1964	—	—	1,9	4,6	7,3	7,1	11,4	11,8	10,6	23,2	12,5	4,7	11,3	5,3
1965	2,4	4,1	5,7	4,6	9,7	21,5	14,0	14,2	26,0	28,8	12,1	23,6	6,7	8,6
1966	3,7	5,4	11,4	23,2	12,1	16,8	14,1	2,4	17,8	24,8	31,4	4,6	—	9,1
1967	—	2,6	10,7	11,4	4,8	9,8	16,6	16,8	20,1	8,9	22,7	13,8	8,7	7,5
1968	—	1,3	10,0	2,2	4,8	12,2	24,0	9,6	12,5	25,9	7,2	13,6	6,4	6,9
1969	—	6,4	9,4	16,9	16,7	14,6	22,0	19,1	19,9	8,4	13,9	17,7	14,9	9,8
1970	1,2	10,2	17,5	8,5	5,0	20,5	20,1	4,9	10,1	19,3	20,9	18,1	14,7	9,5
1971	1,2	2,5	14,6	17,2	23,2	9,6	17,6	12,0	9,9	18,6	13,0	8,3	6,2	8,7
1972	2,3	8,6	18,3	14,5	15,9	24,7	22,7	17,1	27,3	15,8	22,0	8,1	4,1	11,7
1973	2,3	4,7	16,8	21,6	10,8	14,6	14,7	15,0	9,7	26,5	39,6	15,6	4,1	11,1
1974	—	5,9	22,8	14,2	24,8	21,5	12,3	10,1	26,7	13,2	14,7	11,4	4,0	10,7
1975	1,1	8,2	14,1	19,4	13,8	16,5	19,7	15,2	9,9	18,4	14,5	14,9	5,9	10,3
1976	1,2	9,2	18,6	13,1	20,5	11,4	24,3	12,7	14,8	10,3	11,2	7,0	11,5	10,4
1977	—	9,1	26,7	15,9	25,9	13,2	9,8	10,1	20,3	10,1	16,9	10,2	5,6	11,3
1978	1,2	5,7	23,7	23,2	17,9	12,7	14,6	17,4	17,7	22,5	19,5	16,4	11,0	12,5
1979	1,3	11,3	21,9	12,8	15,5	12,2	21,5	12,4	28,1	24,9	16,7	6,3	14,2	12,5
1980	—	8,0	16,8	16,7	11,9	13,6	14,2	19,9	12,8	20,2	16,4	24,7	10,4	11,4
1981	2,8	10,5	16,6	9,8	11,7	22,6	11,5	27,1	15,4	12,8	2,1	15,1	11,7	10,9
1982	2,8	10,9	15,1	23,5	13,3	14,0	6,7	27,1	15,2	18,2	7,9	15,0	14,6	12,2
1983	1,4	7,6	25,8	13,5	13,2	9,8	29,7	19,7	17,6	13,1	15,7	12,0	9,4	12,1
1984	—	9,2	12,9	13,2	8,7	14,0	10,2	12,0	22,6	20,9	10,4	12,0	10,6	9,9
1985	2,9	13,6	19,6	12,9	5,6	20,8	13,6	11,8	10,0	20,9	23,7	14,7	16,1	12,0

Tableau A-11 Nouvelle-Écosse : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	10,0	—	—	4,5	8,8	4,5	—	19,4	7,6	8,5	18,9	4,6	4,2
1961	—	—	—	—	4,6	13,2	—	5,0	—	—	8,5	—	—	1,6
1962	—	—	—	—	4,7	—	4,5	9,8	6,0	—	8,5	—	4,4	1,9
1963	—	3,0	—	4,7	—	9,1	4,5	4,8	—	—	—	18,3	—	2,2
1964	—	—	—	—	9,8	—	—	4,8	5,5	21,0	—	—	4,3	2,1
1965	2,5	2,8	3,8	—	—	9,5	4,6	—	5,3	—	8,1	27,5	—	2,9
1966	—	2,7	—	14,1	4,9	—	—	—	5,2	—	7,9	—	4,0	2,1
1967	—	—	—	4,6	—	—	9,4	—	5,1	6,2	15,3	—	—	1,8
1968	—	—	6,8	—	—	—	14,3	4,7	—	18,0	—	8,7	7,8	3,1
1969	—	—	—	8,6	4,8	—	—	14,2	—	—	—	17,1	3,8	2,3
1970	—	5,2	—	—	—	10,3	9,9	—	5,0	11,2	7,2	—	—	2,6
1971	—	—	3,0	7,8	—	—	10,0	—	4,9	—	—	—	3,7	1,8
1972	—	—	8,5	7,4	9,2	14,7	10,1	4,8	4,9	5,3	12,9	15,7	3,6	5,1
1973	—	—	5,7	3,4	—	4,9	5,0	9,8	—	15,6	18,5	7,7	7,1	4,0
1974	—	—	8,3	9,6	12,7	4,9	—	—	4,8	5,2	5,9	7,5	—	3,4
1975	—	2,4	—	9,1	—	—	9,9	10,0	—	5,1	—	7,4	6,8	2,9
1976	—	2,4	5,4	5,9	7,6	—	9,8	10,0	4,8	9,9	—	—	3,3	3,6
1977	—	—	10,4	2,9	10,5	4,5	9,9	5,0	14,8	4,9	10,9	—	3,2	4,5
1978	—	4,6	5,1	14,7	6,6	4,3	9,9	9,9	19,7	9,7	5,3	6,3	—	5,7
1979	—	4,6	5,0	2,9	6,3	4,1	4,9	—	24,8	9,5	—	—	3,1	4,0
1980	—	—	—	2,8	6,1	4,0	4,8	—	5,0	—	5,2	5,9	6,0	2,3
1981	—	9,6	—	—	—	7,6	—	14,9	10,0	14,8	5,1	—	2,9	3,7
1982	2,9	5,0	5,1	5,4	2,9	3,5	—	19,8	—	15,0	—	16,9	8,4	5,1
1983	—	2,6	10,0	2,7	2,9	3,3	8,5	9,9	—	—	—	5,6	2,7	3,2
1984	—	—	7,2	—	2,9	6,3	—	—	10,0	—	5,0	5,6	2,6	2,5
1985	—	2,8	4,7	5,2	5,6	6,0	3,9	9,5	5,0	—	—	5,6	5,0	3,6

Tableau A-12 Nouvelle-Écosse : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	12,5	7,8	13,3	13,7	18,0	22,4	24,0	22,3	29,0	25,6	9,6	25,4	11,6
1961	2,4	3,0	—	4,5	13,9	13,4	13,4	19,0	32,4	14,3	25,4	28,8	10,1	8,6
1962	2,4	8,7	15,2	17,8	18,7	27,4	22,6	14,2	15,8	—	16,9	9,6	9,9	10,0
1963	—	2,8	7,5	—	—	14,0	31,8	23,5	25,9	19,7	16,8	38,5	29,4	10,0
1964	—	—	3,6	8,9	4,8	14,4	23,1	18,9	15,4	25,2	25,0	9,7	24,4	8,4
1965	2,4	5,4	7,4	9,0	19,0	33,8	23,6	28,6	45,4	54,5	16,3	19,4	14,6	14,1
1966	7,2	8,0	22,7	32,2	19,0	34,0	28,7	4,8	30,0	47,0	54,7	9,5	9,6	16,0
1967	—	5,2	21,2	18,0	9,6	19,7	24,0	34,1	34,8	11,4	30,1	28,6	19,2	13,1
1968	—	2,6	13,2	4,3	9,5	24,5	34,0	14,6	25,0	33,3	14,3	18,9	9,5	10,6
1969	—	12,6	18,6	24,9	28,2	29,1	44,3	24,2	40,0	16,3	27,2	18,3	33,5	17,2
1970	2,3	14,9	34,5	16,9	10,0	30,6	30,6	10,1	15,3	27,2	33,8	37,7	33,2	16,4
1971	2,3	4,9	26,0	26,2	45,7	19,0	25,3	24,3	15,1	37,1	25,3	17,2	14,2	15,6
1972	4,5	16,7	27,8	21,4	22,4	33,2	35,5	29,5	50,5	26,5	30,7	—	9,4	18,3
1973	4,5	9,2	27,4	39,2	21,4	23,9	24,4	20,3	19,8	37,6	60,2	23,6	9,5	18,1
1974	—	11,4	36,7	18,8	36,6	37,7	24,4	20,4	49,5	21,6	23,7	15,4	9,4	17,9
1975	2,2	13,7	27,5	29,4	27,1	32,4	29,3	20,5	20,1	32,3	29,4	22,6	13,8	17,7
1976	2,3	15,7	31,4	20,0	33,0	22,6	38,5	15,4	25,4	10,6	23,1	14,3	27,3	17,1
1977	—	17,8	42,3	28,5	40,8	21,8	9,7	15,2	26,2	15,7	23,3	21,0	13,5	18,0
1978	2,4	6,7	41,5	31,5	28,8	20,9	19,2	25,0	15,7	36,5	34,7	27,2	26,2	19,3
1979	2,6	17,7	38,1	22,5	24,4	20,0	37,6	24,9	31,6	41,7	35,1	13,2	33,9	21,1
1980	—	15,6	32,9	30,4	17,5	22,8	23,3	40,0	21,1	42,1	28,7	45,8	24,7	20,5
1981	5,4	11,4	33,1	20,0	23,4	37,2	22,8	39,2	21,0	10,6	—	32,2	27,7	18,1
1982	2,7	16,5	25,1	42,0	23,6	24,3	13,2	34,2	30,9	21,7	16,7	12,8	34,9	19,5
1983	2,7	12,3	41,2	24,7	23,6	16,3	50,8	29,3	35,5	27,3	33,3	19,5	22,4	21,2
1984	—	17,9	18,3	26,5	14,5	21,7	20,3	23,8	35,4	43,7	16,5	19,5	25,5	17,4
1985	5,6	23,9	33,6	20,6	5,7	35,6	23,2	14,1	15,2	43,5	50,0	25,5	32,0	20,6

Tableau A-13 Nouveau-Brunswick : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	2,7	14,8	17,5	5,6	6,0	10,0	19,9	—	5,6	6,3	3,3	4,6
1961	—	3,7	5,3	3,0	8,8	2,8	5,9	16,3	15,4	19,1	11,1	6,2	6,5	5,0
1962	—	3,6	12,8	14,8	11,9	11,2	2,9	9,6	14,9	4,6	16,5	12,3	6,4	6,0
1963	1,4	5,2	5,0	8,9	3,0	17,2	8,8	3,2	3,6	8,9	16,2	6,1	6,3	4,8
1964	—	5,0	10,0	12,0	—	11,8	11,7	12,7	14,3	26,1	21,4	6,1	—	6,4
1965	—	1,6	2,4	9,0	15,4	9,0	5,8	12,6	17,5	16,8	15,8	24,2	—	5,7
1966	—	—	4,7	3,0	—	9,1	11,8	22,1	3,5	—	15,4	12,0	—	4,0
1967	—	7,5	10,9	5,9	9,4	3,1	11,9	3,1	6,8	7,9	5,0	6,0	8,8	4,8
1968	—	3,0	6,0	2,8	3,1	6,3	6,0	12,4	16,9	11,6	4,8	6,0	8,6	4,6
1969	—	1,5	9,4	8,2	12,5	1 ,0	12,3	21,5	23,5	37,6	18,4	11,6	—	8,4
1970	—	—	3,4	2,7	20,0	10,0	9,6	21,7	13,5	7,5	22,9	17,8	2,8	5,9
1971	—	—	5,3	17,2	3,0	12,6	9,6	24,5	10,0	21,6	4,3	21,8	19,2	6,9
1972	1,4	7,0	13,4	6,9	8,8	22,0	12,9	12,3	16,5	14,2	16,9	5,3	—	7,6
1973	2,7	5,4	13,1	10,5	19,4	19,1	15,7	—	21,9	17,8	12,3	15,5	5,3	8,9
1974	1,3	9,4	18,6	9,9	21,1	6,2	6,3	12,7	9,5	24,8	12,0	15,1	5,2	8,9
1975	1,3	9,4	13,2	5,5	17,4	9,0	18,8	3,2	6,3	7,0	23,3	9,8	2,6	7,9
1976	2,7	5,4	14,1	15,8	20,9	17,4	25,0	16,1	9,3	17,1	30,2	9,2	10,2	10,9
1977	—	4,0	22,6	19,0	10,7	27,7	15,7	15,9	9,6	6,6	22,6	4,4	12,4	10,5
1978	1,5	16,0	17,5	10,2	17,9	29,1	25,0	25,1	22,2	9,7	22,3	4,3	14,3	13,0
1979	—	17,3	14,3	15,0	11,3	15,1	18,3	21,9	19,2	19,2	22,1	25,3	4,7	12,0
1980	—	5,4	18,4	16,1	12,5	16,8	17,9	18,9	19,3	22,3	14,5	16,5	13,5	11,4
1981	—	5,5	20,1	10,0	15,9	14,0	17,3	12,6	19,5	35,3	21,3	—	10,9	11,1
1982	—	12,8	27,9	13,2	17,7	8,7	13,9	12,8	19,2	29,4	3,5	24,1	16,9	12,9
1983	—	5,9	18,1	17,8	14,0	22,2	15,9	15,9	35,0	22,9	23,7	32,1	20,5	14,2
1984	1,6	12,4	23,3	16,1	13,9	7,6	15,3	15,4	22,5	19,8	26,8	12,0	15,7	12,6
1985	—	8,1	15,8	12,8	11,9	19,9	17,0	15,1	12,9	23,1	23,5	15,8	19,0	12,0

Tableau A-14 Nouveau-Brunswick : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	5,9	—	—	6,0	—	25,0	—	—	—	—	1,7
1961	—	—	—	—	11,6	5,5	—	13,4	8,1	9,7	—	—	6,3	2,7
1962	—	—	—	5,9	5,9	5,6	—	6,5	7,8	—	10,9	—	—	2,0
1963	—	3,6	—	—	—	11,4	—	—	—	9,2	—	—	—	1,3
1964	—	3,4	5,1	—	—	—	5,8	6,4	7,4	17,8	—	—	5,9	2,6
1965	—	—	—	6,0	—	5,9	—	—	7,2	8,7	10,4	11,6	—	2,0
1966	—	—	4,8	—	—	6,0	11,7	6,3	—	—	—	—	5,6	2,0
1967	—	3,0	—	—	—	—	17,6	—	—	—	—	11,5	—	1,6
1968	—	—	—	5,7	—	6,2	—	—	20,4	—	9,6	—	5,3	2,2
1969	—	—	3,9	5,6	6,2	6,3	12,2	6,1	20,1	30,5	9,2	—	—	4,8
1970	—	—	—	—	13,2	6,5	6,3	—	20,0	7,6	9,3	22,7	—	3,5
1971	—	—	3,6	5,1	—	—	6,4	18,2	—	14,5	—	—	4,9	2,9
1972	—	2,8	—	9,5	—	6,3	—	12,2	6,5	7,1	16,9	—	—	3,1
1973	—	—	3,3	8,7	5,7	—	—	—	12,4	7,1	8,2	20,0	—	3,1
1974	—	—	3,1	4,0	—	—	—	—	—	14,1	—	9,8	—	1,5
1975	—	5,5	5,9	—	—	6,1	18,8	—	6,2	6,9	7,6	9,5	9,0	4,2
1976	2,8	2,8	3,1	—	9,6	11,7	12,5	—	—	13,3	—	9,0	—	3,6
1977	—	—	6,1	3,5	—	28,2	—	12,6	6,2	—	14,7	—	4,3	4,1
1978	—	5,5	—	6,8	8,2	10,8	12,6	6,3	12,3	—	7,2	—	—	4,0
1979	—	2,7	2,9	—	3,9	10,3	—	6,3	6,2	—	7,1	8,1	4,1	2,9
1980	—	—	2,9	—	7,3	5,0	—	6,3	6,3	6,1	14,0	—	3,9	2,8
1981	—	5,7	—	—	7,1	—	5,9	—	6,4	18,6	—	—	3,8	2,9
1982	—	2,9	3,1	—	3,5	—	—	12,7	18,8	6,3	—	7,7	7,3	3,4
1983	—	—	—	9,6	—	20,4	5,4	—	6,3	12,7	12,9	7,7	—	4,2
1984	—	6,3	3,0	3,2	6,9	3,9	5,2	—	—	6,4	12,7	—	—	3,1
1985	—	—	5,9	9,6	6,7	3,6	9,9	—	6,3	—	12,7	—	—	3,6

Tableau A-15 Nouveau-Brunswick : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	5,4	23,8	35,5	11,4	5,9	19,4	14,3	—	11,2	12,5	6,9	7,4
1961	—	7,3	10,6	6,0	6,0	—	11,8	19,1	22,0	28,3	22,5	12,3	13,4	7,3
1962	—	7,0	25,6	23,7	18,1	17,0	5,8	12,6	21,4	9,1	22,2	25,0	13,3	9,8
1963	2,7	6,8	10,0	18,0	6,1	23,2	17,5	6,3	7,0	8,7	33,0	12,5	13,2	8,1
1964	—	6,5	14,7	24,1	—	23,8	17,6	18,9	20,8	33,9	43,5	12,6	—	10,1
1965	—	3,1	4,8	12,0	31,0	12,1	11,8	25,2	27,4	24,4	21,3	38,0	—	9,4
1966	—	—	4,6	6,0	—	12,3	11,9	38,0	6,8	—	30,9	25,3	6,4	6,1
1967	—	11,8	21,4	11,7	19,0	6,3	6,0	6,3	13,5	15,4	10,0	—	19,2	8,0
1968	—	5,8	11,8	—	6,3	6,3	12,2	25,0	13,4	22,7	—	12,5	19,0	7,0
1969	—	2,9	14,8	10,7	18,8	31,8	12,4	37,3	26,8	44,4	27,5	24,4	—	12,0
1970	—	—	6,7	5,4	27,0	13,7	13,1	44,3	6,8	7,5	36,4	12,3	6,3	8,3
1971	—	—	6,9	28,5	5,9	25,3	12,9	31,0	20,1	28,6	8,6	45,1	18,6	11,0
1972	2,6	11,0	26,3	4,4	17,2	37,7	25,8	12,4	26,7	21,3	16,8	11,0	—	12,1
1973	5,3	10,6	22,7	12,3	32,6	38,0	31,4	—	39,0	28,4	16,4	10,6	12,3	14,7
1974	2,6	18,3	33,8	15,4	41,0	12,4	12,6	25,6	19,4	35,7	24,2	20,6	12	16,3
1975	2,6	13,1	20,2	10,7	33,7	11,9	18,9	6,5	6,4	7,1	39,4	10,0	12,0	11,5
1976	2,7	7,9	25,0	31,0	31,7	22,8	37,5	32,5	19,1	21,0	61,5	9,5	23,8	18,3
1977	—	7,9	38,8	34,0	20,8	27,3	31,3	19,4	13,1	13,7	30,8	9,2	28,9	16,9
1978	2,8	26,0	34,6	13,5	27,1	46,6	37,3	44,3	32,7	20,1	38,2	9,1	33,9	21,9
1979	—	31,1	25,4	29,7	18,3	19,6	36,4	37,7	32,9	40,0	38,2	44,2	10,9	21,1
1980	—	10,4	33,1	32,1	17,4	27,9	35,3	31,6	32,9	40,0	15,2	34,8	31,7	20,1
1981	—	5,4	40,2	20,3	24,6	27,6	28,4	25,5	33,0	53,1	44,6	—	25,8	19,4
1982	—	22,2	52,6	26,9	31,8	17,1	27,4	12,8	19,6	54,1	7,3	42,2	40,4	22,5
1983	—	11,5	35,8	26,1	28,4	23,9	26,0	31,8	64,5	34,0	35,7	59,3	49,0	24,2
1984	3,2	18,1	42,7	29,2	21,0	11,3	25,1	30,9	45,5	34,2	42,6	25,6	37,9	22,3
1985	—	15,7	25,2	16,0	17,2	36,0	23,9	29,9	19,6	47,9	35,5	33,9	46,1	20,5

Tableau A-16 Québec : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	0,2	1,3	6,3	10,2	7,3	6,9	7,3	11,2	9,6	10,4	12,4	7,1	9,0	5,0
1961	—	1,3	2,7	3,6	5,9	5,9	11,7	12,7	11,8	6,3	18,7	11,1	7,4	4,6
1962	0,2	2,8	4,9	6,3	6,2	9,1	8,9	7,8	14,9	13,8	12,9	10,0	4,6	5,0
1963	0,2	2,1	5,9	6,3	6,7	8,4	7,1	10,9	12,1	9,4	9,4	9,7	6,5	4,8
1964	0,5	1,5	5,8	8,0	8,6	10,8	12,8	8,7	14,5	14,9	14,0	7,9	7,8	5,8
1965	0,8	4,0	5,5	8,4	8,1	12,0	9,0	9,2	15,3	11,6	11,8	10,0	2,8	5,7
1966	—	2,3	9,5	10,8	6,2	10,1	10,7	10,7	15,3	21,8	8,6	12,7	6,9	6,3
1967	0,5	4,0	9,8	9,8	13,7	10,1	12,2	12,7	14,3	12,7	8,8	8,7	5,3	6,8
1968	—	3,6	8,5	9,1	11,0	12,3	12,3	13,6	18,9	14,4	14,4	15,4	6,5	7,3
1969	0,4	5,8	12,5	12,3	12,9	15,4	14,8	18,6	18,7	20,6	10,8	12,8	6,7	9,0
1970	0,7	5,4	12,4	13,4	12,3	16,8	12,5	19,0	14,2	18,5	13,7	13,9	6,9	9,0
1971	0,9	7,4	11,3	12,8	15,3	14,6	17,0	14,2	13,4	15,9	16,4	13,1	6,7	9,2
1972	0,6	8,7	17,4	16,8	15,1	13,4	13,2	13,7	17,9	12,9	15,5	12,7	6,9	9,9
1973	0,6	8,2	15,9	15,2	14,3	17,1	16,1	23,0	19,5	2.,8	20,7	15,2	7,1	11,4
1974	0,3	9,9	15,2	17,1	10,6	15,5	16,2	16,8	17,6	10,9	14,7	19,4	8,3	10,5
1975	0,8	5,7	16,0	14,6	12,2	14,0	13,2	13,5	13,4	14,2	10,0	9,4	7,4	9,3
1976	0,3	8,4	15,7	17,6	18,1	14,1	13,0	15,5	16,2	12,3	12,0	11,3	7,8	10,5
1977	0,8	7,5	20,1	16,8	21,0	20,1	17,4	15,9	21,0	18,2	15,3	10,4	6,5	12,4
1978	0,9	9,8	25,7	23,1	21,8	18,7	18,6	15,7	17,6	19,4	19,4	14,3	7,9	14,2
1979	1,0	13,4	24,4	24,3	21,2	20,2	21,7	22,2	21,3	22,6	17,4	16,5	9,4	15,6
1980	0,8	11,6	21,3	21,5	19,0	21,3	16,9	24,6	20,6	19,8	19,6	19,5	14,0	15,0
1981	1,7	11,5	23,0	22,9	21,7	18,8	25,4	20,7	25,1	26,1	23,9	15,6	11,8	16,4
1982	0,6	13,5	23,7	24,9	21,9	22,7	28,9	21,3	26,3	21,4	15,3	13,1	8,9	16,5
1983	1,8	17,5	24,4	28,6	27,1	19,8	26,1	23,3	20,4	26,5	26,3	20,4	12,1	18,5
1984	1,6	14,6	20,6	21,8	21,0	19,9	22,9	21,2	23,3	23,2	19,3	15,3	9,5	15,7
1985	1,4	13,1	22,4	25,1	23,3	21,0	20,6	24,3	25,1	24,0	21,0	18,2	17,8	17,1

Tableau A-17 Québec : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	0,4	0,9	2,2	3,3	3,2	2,3	5,9	6,0	7,0	3,2	4,1	—	3,1	2,2
1961	—	0,9	2,1	1,6	3,7	4,9	3,8	3,6	4,1	4,0	3,8	—	1,9	2,5
1962	—	2,0	2,0	1,6	3,7	4,9	3,8	3,6	4,1	4,0	3,8	—	1,9	2,0
1963	—	0,8	2,4	5,5	4,8	4,8	5,5	8,4	8,9	4,9	2,4	3,1	2,8	2,9
1964	—	0,4	4,6	3,8	3,8	6,9	5,3	4,1	5,5	4,8	4,7	3,0	1,8	2,6
1965	0,3	1,8	3,1	7,0	8,6	9,5	6,3	5,4	6,8	10,2	3,4	2,9	2,6	3,8
1966	—	0,7	3,8	6,2	3,8	6,9	1,7	6,6	9,6	11,7	5,5	4,2	0,8	3,1
1967	—	1,0	2,8	5,5	8,6	5,8	9,3	6,4	8,0	7,8	4,2	1,4	1,6	3,5
1968	—	0,3	4,6	4,8	5,4	5,9	7,6	5,0	12,9	9,2	6,2	7,8	3,8	3,8
1969	—	1,7	4,9	6,8	10,2	10,3	8,2	10,2	12,7	12,9	6,9	7,5	2,2	5,1
1970	—	2,7	7,9	8,2	7,5	7,6	7,5	8,8	5,6	11,0	3,9	8,6	0,7	4,6
1971	0,6	2,3	3,6	5,0	8,5	8,3	11,7	9,9	6,9	6,2	6,5	8,1	6,2	4,6
1972	0,3	3,9	4,9	11,3	6,2	9,5	7,8	8,6	7,4	5,3	9,0	8,9	2,7	5,0
1973	—	4,7	5,0	10,1	11,2	9,7	8,9	15,5	12,2	12,0	7,9	9,7	4,5	6,5
1974	—	2,5	3,4	8,3	6,5	9,0	9,5	8,6	10,6	6,0	9,4	9,4	3,7	4,9
1975	0,3	2,5	8,6	6,6	7,0	10,0	10,7	10,2	5,5	11,1	3,3	3,1	5,9	5,3
1976	—	1,5	5,7	8,3	13,1	8,0	9,0	10,1	10,7	6,4	5,6	6,9	1,1	5,4
1977	0,3	3,4	7,8	12,9	8,8	11,4	6,8	6,2	14,1	13,0	12,8	3,8	2,2	6,5
1978	0,4	3,1	5,2	12,2	8,7	10,9	11,0	7,9	11,8	15,2	11,9	6,5	6,3	6,8
1979	0,4	5,1	9,3	12,1	11,6	15,3	11,0	12,5	15,3	12,2	5,5	10,9	4,5	8,1
1980	—	3,2	7,0	10,5	9,1	8,7	7,4	17,4	14,7	11,3	7,8	8,0	4,9	6,9
1981	0,9	2,6	7,2	9,8	9,8	9,5	13,6	12,1	15,6	14,8	14,8	6,0	8,8	7,8
1982	—	2,8	6,6	10,9	10,1	16,5	16,8	11,7	16,0	14,1	7,8	4,2	4,0	7,9
1983	—	4,4	6,9	9,7	14,3	12,4	19,5	12,4	10,3	12,7	12,4	10,1	9,3	8,6
1984	0,5	2,3	4,4	6,4	9,2	7,0	13,9	13,4	12,1	12,7	8,7	8,3	2,9	6,3
1985	0,9	4,1	5,5	8,9	9,0	11,7	10,6	14,9	10,6	11,4	11,1	13,1	4,7	7,3

Tableau A-18 Québec : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	1,8	10,6	17,1	11,4	11,6	8,7	16,3	12,2	17,6	21,1	14,5	18,7	7,7
1961	—	1,7	3,3	5,5	8,1	9,6	16,4	16,7	17,8	8,5	30,0	17,6	15,9	6,6
1962	0,3	3,6	7,9	11,1	8,6	13,3	14,1	12,1	25,6	23,7	22,6	20,7	10,0	8,0
1963	0,3	3,5	9,5	7,2	8,6	12,1	8,7	13,4	15,3	14,0	16,8	16,9	15,2	6,7
1964	1,0	2,6	7,1	12,2	13,5	14,7	20,5	13,3	23,6	25,2	23,9	13,3	16,9	9,0
1965	1,3	6,2	8,1	9,8	7,5	14,6	11,7	13,1	23,8	13,2	20,8	17,9	6,2	7,6
1966	—	3,9	15,4	15,4	8,6	13,4	19,9	14,9	21,1	32,0	11,8	22,3	13,2	9,5
1967	0,9	6,8	17,0	14,2	18,8	14,4	15,1	19,2	20,8	17,7	13,8	17,1	12,0	10,0
1968	—	6,7	12,4	13,5	16,7	18,7	17,1	22,4	25,1	19,8	23,4	24,2	14,7	10,8
1969	0,9	9,8	20,2	17,8	15,5	20,4	21,6	27,3	24,9	28,5	15,1	19,1	15,4	13,0
1970	1,5	8,0	17,0	18,8	17,2	26,1	17,6	29,6	23,3	26,4	24,1	20,1	16,1	13,3
1971	1,2	12,4	19,1	20,4	22,1	21,0	22,5	18,6	20,3	26,2	27,2	19,0	15,9	13,8
1972	0,9	13,4	30,1	22,3	23,9	17,2	18,6	19,0	29,1	21,0	22,6	17,1	16,5	15,0
1973	1,2	11,5	27,0	20,4	17,3	24,5	23,4	30,8	27,2	32,2	34,6	21,7	17,1	16,4
1974	0,6	17,0	27,0	26,1	14,6	21,9	22,9	25,3	24,9	16,2	20,6	31,2	20,2	16,1
1975	1,2	8,9	23,3	22,6	17,4	18,1	15,8	16,9	21,8	17,6	17,4	16,9	17,9	13,4
1976	0,6	15,1	25,7	27,0	23,1	20,2	17,0	20,9	22,1	18,7	19,1	16,6	19,1	15,8
1977	1,3	11,5	32,3	20,8	33,2	28,7	28,3	25,9	28,3	24,0	18,1	18,4	16,2	18,3
1978	1,4	16,2	45,9	34,1	34,9	26,5	26,3	23,7	23,8	24,1	28,1	23,7	19,6	21,8
1979	1,5	21,3	39,2	36,4	30,9	25,1	32,6	32,9	27,6	34,1	31,0	23,2	23,6	23,3
1980	1,6	19,6	35,3	32,6	28,8	33,8	26,4	32,1	26,8	29,2	33,2	33,5	35,4	23,3
1981	2,4	19,9	38,8	36,1	33,6	28,1	37,3	29,4	35,0	38,4	34,4	27,4	29,9	25,2
1982	1,3	23,7	40,7	38,9	33,7	28,9	41,1	31,2	37,0	29,5	23,9	23,9	22,6	25,4
1983	3,4	30,0	41,7	47,6	39,9	27,2	32,7	34,4	31,0	41,6	42,4	33,1	31,0	28,7
1984	2,6	26,4	36,4	37,3	33,0	33,0	32,0	29,1	34,8	34,7	31,6	23,9	25,0	25,4
1985	1,8	21,7	38,9	41,3	37,8	30,4	30,6	33,9	40,2	37,6	32,4	24,6	38,7	27,2

Tableau A-19 Ontario : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	0,7	3,6	7,2	9,8	10,4	10,3	10,7	16,1	19,2	24,0	18,8	19,2	14,0	9,8
1961	0,7	2,5	7,8	9,5	8,9	11,7	13,8	13,3	19,7	25,2	21,0	22,8	13,7	10,0
1962	0,6	3,2	7,4	8,7	10,1	11,2	12,0	16,9	22,4	21,9	17,5	13,1	8,7	9,3
1963	0,9	4,0	9,3	8,3	10,1	12,5	15,6	15,4	21,2	20,7	21,2	10,6	12,8	10,0
1964	1,2	3,9	7,9	6,3	14,0	13,4	11,4	17,7	17,3	17,6	25,4	17,2	9,1	9,7
1965	0,9	3,2	9,9	9,3	10,8	10,2	16,4	15,0	23,5	23,1	29,0	15,9	11,1	10,5
1966	1,3	4,0	6,4	9,9	12,1	14,6	13,4	18,7	22,1	23,5	22,9	13,6	14,1	10,6
1967	0,6	5,1	9,9	12,1	12,0	14,2	18,6	20,0	23,3	27,4	21,9	24,6	8,7	11,8
1968	1,1	3,5	9,8	13,9	13,7	14,5	21,4	22,6	26,1	27,0	23,6	20,6	11,1	12,5
1969	0,3	5,7	12,3	11,8	12,7	15,4	19,2	23,7	21,8	28,3	26,1	17,7	17,2	12,8
1970	0,6	6,6	13,0	13,2	14,3	17,5	22,7	19,9	25,1	24,4	23,2	27,1	10,1	12,1
1971	0,4	8,8	15,4	14,5	15,9	17,9	25,9	26,8	32,0	29,7	30,4	18,0	9,8	13,9
1972	1,3	9,5	13,6	18,5	14,8	17,7	26,2	24,1	24,3	22,9	21,1	18,5	13,1	13,4
1973	0,6	6,6	13,7	14,8	12,3	20,3	18,7	23,5	20,5	24,3	25,5	24,3	11,6	12,4
1974	0,7	9,8	17,9	16,1	15,0	22,2	25,1	23,7	26,1	23,4	21,1	20,8	12,2	14,0
1975	0,9	10,7	17,7	17,8	11,5	18,2	21,7	21,1	25,3	23,2	21,6	24,5	12,1	13,4
1976	0,9	8,9	15,7	17,9	14,7	19,2	21,3	22,7	23,2	21,9	18,4	15,7	9,8	13,0
1977	1,2	10,8	20,9	19,1	14,6	18,8	19,2	26,7	23,9	21,5	20,1	25,1	12,2	14,5
1978	0,7	9,6	18,2	21,2	17,9	15,3	22,7	24,7	23,7	22,5	18,0	17,5	14,0	14,3
1979	0,8	9,2	18,7	15,0	16,0	17,0	18,2	19,9	19,1	19,8	23,2	19,4	10,7	13,0
1980	0,9	9,9	14,7	18,6	13,3	14,6	18,6	21,9	22,1	20,3	19,0	18,1	13,5	13,1
1981	1,0	9,6	14,8	12,4	14,1	12,4	17,9	20,3	21,1	20,5	16,8	20,3	14,8	12,5
1982	1,8	9,3	14,8	16,3	13,7	15,8	16,0	19,5	20,4	21,7	21,0	19,7	11,2	12,7
1983	0,9	9,4	16,3	15,1	13,4	14,9	17,1	21,2	17,4	22,4	17,8	20,7	14,0	12,9
1984	0,9	9,0	16,0	15,8	13,6	13,4	15,9	15,3	19,0	20,0	17,0	18,1	12,9	12,3
1985	0,3	8,5	15,1	13,9	16,2	13,5	14,8	16,3	15,4	15,3	13,1	18,2	15,5	11,4

Tableau A-20 Ontario : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	0,5	3,1	3,8	5,7	4,3	3,1	6,9	8,8	15,1	10,2	8,7	4,0	4,3
1961	—	0,9	4,1	4,3	5,8	3,8	4,6	4,5	7,9	8,6	3,6	11,7	3,8	3,8
1962	—	1,7	4,0	5,8	8,1	5,9	6,9	10,0	9,0	9,2	7,1	7,3	3,7	4,9
1963	—	2,0	4,9	5,4	5,0	6,8	6,6	9,9	13,8	8,9	6,1	5,0	6,2	5,0
1964	0,3	2,6	4,2	4,3	10,5	9,4	7,7	9,7	10,3	13,0	7,6	11,8	5,5	5,9
1965	—	2,1	3,5	3,3	7,3	6,4	9,6	12,2	15,9	9,8	14,0	4,8	5,9	5,7
1966	0,3	1,7	2,4	6,9	7,2	11,2	8,0	11,8	13,2	15,7	10,4	4,7	5,2	6,0
1967	0,3	1,6	5,7	6,6	9,9	7,8	12,5	12,8	12,9	12,5	10,1	12,9	7,3	6,8
1968	0,6	1,2	5,4	6,3	8,1	12,2	15,4	13,7	19,3	8,9	9,8	11,7	6,2	7,2
1969	—	3,0	6,0	8,0	7,1	8,8	13,1	20,3	12,0	16,6	19,2	11,3	5,2	7,7
1970	0,3	3,8	4,1	8,4	12,2	10,6	16,5	16,7	20,5	20,2	13,6	14,6	8,3	8,2
1971	0,5	2,8	6,8	6,1	12,7	10,5	13,8	18,5	22,4	17,9	17,4	12,3	6,1	8,1
1972	0,3	4,2	6,0	14,1	11,1	13,5	20,8	16,3	19,5	17,0	10,8	11,3	10,6	8,9
1973	0,3	2,4	5,0	11,4	9,3	13,1	11,2	17,3	12,1	16,0	17,7	13,3	8,4	7,7
1974	0,5	2,9	6,5	9,6	10,7	15,8	15,5	18,3	20,4	15,9	15,8	15,2	5,9	8,6
1975	—	4,4	6,8	11,2	7,0	12,6	14,2	15,4	18,5	12,7	13,4	19,5	3,6	7,9
1976	0,8	3,5	8,0	8,3	8,6	14,0	14,5	10,7	12,6	17,3	15,4	10,7	9,0	8,1
1977	1,1	5,7	5,4	8,6	7,0	10,0	12,4	20,2	16,5	15,3	15,8	17,9	8,7	8,3
1978	0,6	3,4	7,6	9,4	9,2	7,3	13,7	14,6	13,6	13,0	12,3	15,3	7,8	7,6
1979	0,6	4,6	8,3	9,3	5,9	10,4	9,8	9,4	14,2	13,7	11,6	10,4	7,2	7,1
1980	0,9	4,4	7,0	6,7	6,3	11,1	13,1	12,5	14,2	13,0	15,8	10,6	7,9	7,4
1981	0,6	2,5	4,5	5,9	6,0	7,6	13,5	13,4	13,7	15,4	8,5	14,0	7,9	6,7
1982	0,3	2,6	6,0	6,8	7,2	9,3	10,7	10,4	9,4	12,0	11,1	13,8	4,8	6,3
1983	0,6	2,7	4,2	6,4	5,2	10,0	7,6	15,1	10,3	12,8	12,4	13,8	7,1	6,5
1984	0,6	2,6	6,0	6,8	5,7	8,1	10,6	7,2	13,7	12,4	12,2	13,8	8,9	6,7
1985	0,3	2,0	5,3	5,2	7,1	5,3	7,1	10,4	7,7	11,1	7,5	8,1	7,8	5,4

Tableau A-21 Ontario : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	1,4	6,5	11,5	15,6	14,9	16,3	18,2	24,9	29,2	32,6	27,6	30,7	30,7	15,3
1961	1,3	4,0	11,6	14,5	12,0	19,8	23,0	21,8	31,0	41,2	38,9	35,0	30,8	16,2
1962	1,3	4,6	10,8	11,5	12,1	16,6	17,1	23,6	35,3	34,3	28,3	19,5	19,6	13,8
1963	1,8	5,9	13,9	11,3	15,0	18,3	24,7	20,8	28,4	32,2	36,8	16,9	29,3	15,1
1964	2,1	5,1	11,8	8,3	17,3	17,4	15,1	25,4	24,1	22,2	43,9	23,3	21,0	13,6
1965	1,8	4,1	16,5	15,4	14,2	13,9	23,5	17,8	30,9	36,3	44,6	28,4	25,8	15,4
1966	2,3	6,2	10,4	13,0	16,8	17,9	18,9	25,6	30,7	31,3	36,0	23,6	33,2	15,3
1967	0,8	8,5	14,2	17,7	14,0	20,4	24,7	27,3	33,5	42,1	34,2	37,9	20,7	16,9
1968	1,6	5,8	14,3	21,4	19,2	16,7	27,4	31,6	32,8	45,2	38,1	30,9	26,8	17,9
1969	0,5	8,2	18,5	15,5	18,2	21,8	25,3	27,1	31,7	40,0	33,4	25,0	41,8	17,9
1970	1,0	9,3	21,8	18,1	16,5	24,2	28,7	23,2	29,8	28,7	33,4	41,3	24,8	16,0
1971	0,2	14,6	24,2	22,7	19,0	25,1	37,6	35,3	41,8	41,7	44,1	24,5	24,3	19,7
1972	2,2	14,5	21,4	22,8	18,4	21,7	31,4	32,1	29,2	29,0	32,0	26,6	32,4	17,8
1973	1,0	10,7	22,5	18,2	15,1	27,3	25,8	29,7	29,2	32,9	33,7	37,1	28,9	17,2
1974	1,0	16,4	29,3	22,5	19,1	28,4	34,3	29,1	32,0	31,3	26,6	27,4	36,0	19,5
1975	1,7	16,8	28,5	24,4	15,9	28,7	28,7	26,8	32,3	34,2	30,3	30,2	30,3	19,0
1976	1,0	14,1	23,6	27,5	20,6	24,3	27,8	28,5	34,3	26,8	21,6	21,6	24,0	18,0
1977	1,3	15,7	36,5	29,7	22,0	27,5	25,9	32,9	31,6	28,1	24,8	33,4	30,8	20,8
1978	0,8	15,5	28,9	33,3	26,5	23,1	31,6	34,5	34,2	32,7	24,3	20,0	35,5	21,2
1979	1,1	13,5	29,0	20,9	26,2	23,5	26,4	30,0	24,1	26,4	36,1	29,9	27,1	19,1
1980	0,9	15,2	22,2	30,9	20,4	18,1	24,1	31,2	30,0	28,3	22,6	26,7	34,3	18,9
1981	1,4	16,5	25,2	19,2	22,4	17,2	22,2	27,1	28,4	26,0	26,1	27,6	37,9	18,4
1982	3,2	15,7	23,8	26,3	20,4	22,4	21,3	28,5	31,3	32,1	32,0	26,6	28,4	19,4
1983	1,2	15,8	28,5	24,1	21,9	19,8	26,5	27,2	24,5	32,6	24,0	28,8	35,8	19,6
1984	1,2	15,1	25,7	25,0	21,8	18,8	21,2	23,4	24,1	27,9	22,3	23,3	32,8	18,2
1985	0,3	14,7	24,7	22,8	25,7	21,7	22,6	22,2	23,0	19,5	19,4	30,2	27,3	17,7

Tableau A-22 Manitoba : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	1,1	7,3	13,6	6,9	10,0	8,1	13,9	22,6	26,9	26,7	34,9	21,3	17,0	11,1
1961	—	—	3,4	15,6	10,0	15,9	13,8	18,4	10,8	13,2	3,1	21,3	12,7	7,6
1962	1,1	1,3	5,0	8,8	3,4	16,0	11,9	25,4	14,7	23,0	12,3	28,4	12,4	8,4
1963	—	8,9	14,5	17,6	17,2	9,7	8,4	14,4	16,3	9,9	15,2	14,2	6,9	8,5
1964	—	6,1	9,4	5,3	14,0	16,5	13,3	19,9	37,9	26,6	14,8	10,6	6,8	9,8
1965	—	4,7	7,6	7,2	16,1	13,5	26,4	12,6	23,5	18,8	31,8	28,1	15,2	10,5
1966	—	9,1	12,0	12,7	9,2	22,6	15,1	21,8	23,2	18,4	16,8	28,0	6,6	10,6
1967	—	6,6	11,4	16,1	22,6	9,0	15,3	10,9	15,4	22,5	24,7	24,1	19,8	10,5
1968	1,0	6,5	18,7	12,0	22,7	23,8	13,8	9,0	15,4	17,4	24,1	26,9	14,7	11,2
1969	2,0	6,4	25,2	4,9	13,2	18,6	21,1	19,5	17,3	21,2	23,4	13,1	9,7	11,2
1970	1,0	13,6	16,7	17,5	13,4	21,3	21,7	19,4	15,4	25,0	27,9	9,7	16,0	12,8
1971	3,0	9,3	24,6	13,4	10,9	30,4	24,3	19,5	23,5	20,5	25,1	27,8	12,6	14,0
1972	—	7,2	12,5	11,4	28,8	19,3	15,3	19,7	25,2	26,5	17,0	30,1	9,3	12,1
1973	2,0	14,2	18,3	21,3	18,9	13,8	7,6	24,0	33,6	14,5	33,2	20,5	4,6	13,5
1974	1,0	16,2	21,8	20,1	14,7	13,5	19,3	33,9	23,9	24,9	13,7	14,4	10,5	14,1
1975	1,0	15,1	23,4	19,1	12,5	21,0	23,5	19,2	20,2	16,8	11,1	16,9	8,8	13,1
1976	3,1	10,0	24,5	21,3	15,3	13,1	25,3	21,2	18,3	26,7	19,7	16,3	11,5	14,1
1977	2,1	29,6	24,9	21,0	15,5	23,6	19,7	25,2	37,4	22,0	19,7	21,0	9,8	17,5
1978	—	10,8	21,7	23,4	10,9	21,1	17,9	23,4	36,3	15,5	37,5	33,2	6,8	15,4
1979	5,8	17,8	17,6	22,0	18,5	20,4	13,9	33,7	15,6	24,8	11,1	15,0	6,6	14,6
1980	—	12,1	19,8	21,9	12,9	11,6	8,0	20,1	11,9	17,1	20,0	14,6	9,0	11,8
1981	3,6	20,8	27,7	16,2	15,2	13,0	9,8	20,3	27,9	13,4	15,2	14,3	12,5	14,0
1982	1,2	10,7	21,0	22,7	11,3	22,7	5,7	26,7	12,0	17,5	14,8	26,0	14,6	13,4
1983	2,4	14,4	17,5	23,3	24,7	20,1	14,6	30,9	22,1	19,7	26,6	14,3	15,3	15,8
1984	2,5	9,2	29,1	17,5	20,5	12,4	19,4	10,2	14,2	18,1	8,0	9,6	13,6	12,7
1985	1,2	15,4	19,0	17,0	16,4	11,8	11,9	6,0	16,5	22,3	20,0	19,2	8,7	11,9

Tableau A-23 Manitoba : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	6,8	—	3,3	—	—	3,8	13,8	—	26,0	—	15,4	3,4
1961	—	—	—	7,2	3,4	12,5	10,4	3,7	4,4	10,9	—	7,1	3,7	3,5
1962	—	2,8	—	10,9	3,4	9,4	3,4	11,0	4,3	5,3	—	21,3	3,6	3,9
1963	—	10,4	—	10,9	3,5	9,6	—	3,6	8,3	—	6,2	7,1	—	3,4
1964	—	5,0	3,2	3,6	3,6	19,6	3,2	7,2	20,2	9,8	12,0	7,0	—	5,1
1965	—	4,7	—	3,6	18,3	3,4	9,7	—	11,8	14,4	11,7	20,8	—	4,8
1966	—	—	—	14,5	—	17,3	3,3	7,2	3,9	18,6	11,3	13,7	6,4	4,8
1967	—	4,5	2,9	3,6	11,5	7,2	6,7	3,6	11,5	9,0	16,6	6,8	—	4,4
1968	—	6,6	10,8	3,5	3,8	22,1	6,8	3,5	7,6	8,7	5,3	6,6	3,1	5,2
1969	—	2,2	10,2	—	3,8	18,9	13,9	10,4	15,2	16,9	15,6	—	3,0	6,1
1970	2,0	10,7	9,6	—	3,9	3,9	7,1	24,1	11,3	—	10,1	6,3	5,9	5,9
1971	—	4,2	14,1	6,1	7,4	15,5	18,7	10,3	19,3	20,2	5,0	24,1	—	7,9
1972	—	2,1	2,3	14,6	11,0	7,9	15,4	7,0	—	12,0	4,8	11,8	—	4,8
1973	2,0	12,4	2,3	8,1	10,5	8,0	7,7	14,5	28,9	8,2	23,3	5,6	8,3	8,2
1974	2,0	2,1	4,4	12,6	13,4	11,9	11,8	14,9	17,7	16,3	4,5	11,0	8,1	7,5
1975	2,0	8,2	17,1	7,2	6,4	7,8	12,0	7,6	7,0	4,1	12,9	5,4	5,2	6,7
1976	—	4,1	4,3	14,4	18,6	18,9	19,7	19,2	3,5	15,9	17,0	15,5	5,1	8,8
1977	2,1	4,0	4,2	4,7	14,3	7,4	12,0	23,2	10,8	7,7	12,8	5,0	9,9	6,9
1978	—	2,0	4,2	11,7	—	7,1	8,0	3,9	29,7	3,7	21,4	24,2	9,5	6,9
1979	2,4	—	6,3	4,6	10,7	10,3	16,0	7,9	3,8	14,4	—	9,5	11,5	6,0
1980	—	4,1	8,4	13,8	5,2	10,0	4,0	16,1	15,6	14,3	21,2	9,2	6,7	7,7
1981	2,5	2,1	10,7	4,6	7,6	—	3,9	4,1	15,7	3,7	—	4,5	4,3	4,2
1982	2,5	2,2	4,2	13,5	5,0	6,1	3,8	8,3	3,9	11,2	8,0	17,7	6,3	5,7
1983	—	2,3	—	6,6	12,3	5,8	7,3	20,6	19,8	7,6	3,8	8,9	4,0	5,6
1984	—	—	6,1	6,6	7,2	8,3	17,7	12,3	8,1	7,8	7,5	9,0	0	5,2
1985	—	2,4	2,0	4,3	11,6	5,2	3,4	4,0	8,2	7,9	11,2	8,9	5,6	4,6

Tableau A-24 Manitoba : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	2,2	14,3	20,2	13,5	16,6	16,4	27,9	40,9	39,3	51,8	43,5	41,7	32,6	18,7
1961	—	—	6,7	23,55	16,6	19,5	17,3	32,7	16,9	15,3	6,1	35,2	24,8	11,5
1962	2,1	—	9,9	6,8	3,3	22,8	20,6	39,7	24,8	39,6	24,2	35,5	24,6	12,8
1963	—	7,5	28,8	24,0	30,2	9,8	17,0	25,2	24,1	19,3	23,8	21,4	13,9	13,5
1964	—	7,2	15,5	7,0	23,9	13,3	23,6	32,5	55,3	42,6	17,5	14,3	13,8	14,4
1965	—	4,6	15,1	10,6	13,9	23,8	43,9	25,4	35,0	23,1	51,4	35,5	31,0	16,0
1966	—	18,0	23,7	10,8	18,2	28,0	27,4	36,6	42,5	18,2	22,3	42,8	13,8	16,3
1967	—	8,8	19,7	28,5	33,4	10,8	24,3	18,4	19,3	35,7	32,8	42,2	41,5	16,5
1968	1,9	6,4	26,3	20,3	41,0	25,5	21,0	14,6	23,2	26,1	42,8	48,3	31,3	17,2
1969	3,9	10,5	39,9	9,7	22,3	18,4	28,6	29,1	19,4	25,5	31,2	26,8	20,8	16,3
1970	—	16,5	23,8	34,5	22,9	38,3	36,6	14,5	19,5	50,4	45,9	13,2	34,8	19,8
1971	5,8	14,3	34,9	20,5	14,3	44,7	29,9	29,2	27,9	20,8	45,4	31,6	27,9	20,0
1972	—	12,2	22,6	8,4	46,1	30,3	15,2	33,1	51,6	41,5	29,4	49,4	42,8	19,4
1973	1,9	16,0	34,2	34,1	27,1	19,2	7,6	33,7	38,8	21,1	43,5	36,6	10,3	18,9
1974	—	29,8	39,1	27,6	16,0	15,1	26,6	53,4	30,7	34,0	23,3	18,1	23,5	20,8
1975	—	21,7	29,7	30,9	18,3	33,7	34,6	30,9	34,5	30,0	9,1	29,4	20,0	19,5
1976	6,0	15,7	44,7	28,2	12,1	7,4	30,8	23,3	34,3	38,1	22,5	2,6	29,6	19,5
1977	2,1	54,2	45,7	37,0	16,7	39,4	27,2	27,3	65,9	37,5	27,3	38,9	22,5	28,1
1978	—	19,3	39,2	34,9	21,6	34,8	27,7	43,1	43,1	28,6	54,8	43,5	15,8	24,0
1979	9,1	34,9	28,8	39,4	26,3	30,3	11,9	59,3	28,0	36,4	23,1	21,2	15,5	23,5
1980	—	19,8	30,7	30,1	20,6	13,1	11,9	24,1	8,1	20,3	18,7	20,6	21,3	15,9
1981	4,8	39,0	44,5	27,9	22,9	25,9	15,5	36,4	40,4	24,3	31,8	25,4	29,8	24,1
1982	—	19,0	37,7	31,9	17,7	39,2	7,6	45,0	20,2	24,5	22,5	35,5	34,8	21,4
1983	4,8	26,1	34,8	40,0	37,3	34,4	21,9	41,2	24,4	32,8	52,6	20,4	36,6	26,2
1984	4,8	18,1	51,7	28,3	33,9	16,4	21,1	8,2	20,4	29,2	8,7	10,3	32,8	20,3
1985	2,4	27,9	35,4	29,6	21,2	18,3	20,2	8,1	24,8	37,5	30,2	31,1	13,2	19,3

Tableau A-25 Saskatchewan : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	4,2	5,2	10,8	13,7	8,5	10,6	19,3	20,6	21,8	22,7	14,1	10,9	8,2
1961	—	5,5	7,0	7,2	8,6	5,1	14,0	38,0	20,0	21,8	22,7	14,1	10,9	10,2
1962	1,0	6,6	12,2	9,4	14,1	6,9	12,4	15,1	21,9	10,5	19,3	7,2	8,5	7,8
1963	2,0	6,4	12,1	11,6	11,0	21,0	5,3	5,6	19,3	25,8	9,5	40,0	20,2	9,8
1964	—	4,9	3,4	17,5	24,3	5,3	10,7	30,0	25,2	20,1	9,2	3,7	13,3	9,0
1965	1,0	3,5	18,1	11,6	5,7	14,3	25,1	22,4	18,4	31,7	21,0	18,4	3,3	10,2
1966	1,9	5,6	9,7	15,3	9,6	10,9	3,6	18,6	18,1	16,5	14,6	25,6	8,1	8,0
1967	2,9	5,5	4,6	1,9	5,9	13,0	12,8	33,6	12,0	23,0	14,1	18,1	14,4	8,6
1968	1,9	9,6	14,4	18,9	12,0	19,1	9,2	13,1	15,8	15,7	16,5	28,2	8,0	9,7
1969	1,0	8,5	8,3	5,6	14,2	23,5	15,0	18,8	19,7	33,0	16,0	13,6	6,3	9,8
1970	1,9	6,2	12,9	15,3	15,2	19,1	31,4	19,3	17,9	21,8	15,7	20,1	15,8	11,6
1971	1,0	9,4	5,8	7,5	8,5	12,4	5,9	24,9	16,1	27,8	15,6	3,2	9,4	8,4
1972	3,0	9,2	32,1	17,0	17,5	30,3	24,5	27,3	30,3	19,2	20,3	31,3	14,0	15,7
1973	2,0	14,2	17,8	11,0	24,1	20,3	23,2	14,0	20,0	21,4	22,4	15,3	12,3	13,0
1974	1,0	11,2	16,5	17,9	21,6	25,6	26,0	8,2	18,0	15,0	31,4	12,0	12,2	12,6
1975	2,0	18,1	21,7	18,3	25,3	16,4	15,5	24,9	14,1	21,4	35,0	6,0	16,5	14,7
1976	—	20,6	22,1	26,1	19,6	17,7	17,5	10,5	24,4	19,5	11,7	11,5	13,4	14,0
1977	4,3	27,2	28,5	19,2	20,1	17,4	15,5	6,3	22,8	21,2	13,9	22,3	13,0	15,6
1978	5,6	26,4	35,3	14,0	16,9	22,9	17,7	19,1	20,7	18,9	30,1	21,8	16,9	17,3
1979	1,2	19,4	29,0	19,9	9,5	22,0	20,0	10,7	12,5	24,9	25,4	31,8	12,3	14,8
1980	2,4	19,7	22,0	25,3	14,9	21,2	11,0	19,5	37,7	14,6	27,5	17,9	16,1	15,8
1981	5,0	29,5	29,2	19,7	23,8	23,3	24,2	17,7	14,8	25,4	9,1	15,2	20,7	17,7
1982	1,3	34,8	33,4	25,0	28,9	16,3	8,6	17,9	12,8	19,2	176,9	22,4	17,7	17,5
1983	1,3	14,7	21,7	24,2	13,9	22,3	18,9	22,4	15,1	14,9	15,6	17,2	26,9	14,9
1984	1,3	21,3	18,8	14,6	14,5	24,3	16,4	15,7	28,3	13,0	22,1	10,0	9,5	13,5
1985	1,3	13,5	24,8	17,7	8,8	16,8	27,6	20,1	19,8	19,5	6,7	4,9	19,7	13,0

Tableau A-26 Saskatchewan : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	2,8	—	3,7	7,0	—	—	—	4,9	—	6,9	7,8	—	1,6
1961	—	2,8	—	3,7	—	6,9	—	27,3	4,7	—	—	7,7	4,0	3,1
1962	—	—	3,5	3,9	7,3	7,0	—	3,9	13,8	—	6,8	7,7	3,8	2,9
1963	—	5,2	3,5	8,0	7,6	10,8	3,6	—	9,0	5,6	—	7,7	3,5	3,8
1964	—	2,5	—	4,0	7,8	3,6	3,6	15,2	13,0	21,4	—	—	—	3,7
1965	—	—	3,3	—	—	11,0	14,4	7,5	8,4	15,5	25,6	7,6	10,6	5,0
1966	—	4,6	3,3	—	—	—	—	3,7	8,2	10,0	12,4	—	—	2,1
1967	2,0	—	—	3,8	4,0	11,4	14,7	18,7	4,0	14,4	6,0	—	—	4,3
1968	1,9	2,2	2,9	7,6	4,0	7,8	11,2	11,2	8,0	9,3	11,6	14,5	—	4,7
1969	—	2,2	8,5	—	—	—	11,4	7,5	15,8	22,5	11,2	—	—	4,3
1970	—	4,2	5,2	3,9	8,7	12,9	12,0	7,7	7,9	8,8	10,9	6,9	—	4,8
1971	—	2,1	—	—	4,3	8,5	—	15,4	—	8,7	10,7	—	—	2,6
1972	6,1	2,1	2,9	7,6	13,2	13,2	8,4	7,9	16,2	21,5	5,2	19,6	3,1	6,9
1973	2,0	6,2	16,9	—	8,8	4,6	—	4,0	8,0	4,3	15,3	18,9	9,0	5,8
1974	2,1	2,1	5,2	10,9	8,7	18,9	4,4	4,1	8,0	8,6	34,1	6,1	3,0	6,3
1975	2,1	10,2	11,7	3,4	16,9	14,2	18,0	16,8	8,0	12,8	4,7	6,0	5,8	7,9
1976	—	18,9	10,1	9,5	12,0	8,9	4,4	4,2	16,3	12,8	4,6	17,3	11,2	8,3
1977	—	8,2	7,0	3,0	18,7	8,7	4,5	4,3	16,5	12,5	4,6	5,5	8,2	6,2
1978	—	8,3	18,6	2,9	7,0	25,3	17,9	4,3	8,2	8,3	9,0	10,7	5,3	7,7
1979	—	2,1	13,6	11,0	3,3	8,1	—	4,3	4,1	12,3	13,6	25,8	—	5,7
1980	2,5	2,1	6,8	18,3	6,2	—	4,5	8,8	20,9	12,3	22,3	9,9	2,5	6,9
1981	5,2	17,1	15,9	7,5	18,2	7,9	8,8	9,0	4,3	4,2	8,8	14,7	11,9	9,1
1982	—	11,1	11,2	7,2	14,8	3,7	—	4,5	8,6	4,2	4,3	4,8	—	5,1
1983	—	4,7	6,5	11,7	2,8	7,0	12,8	18,1	8,7	8,4	4,3	—	2,2	5,2
1984	—	2,4	2,1	6,8	5,4	6,6	4,1	9,0	4,4	4,3	12,9	—	8,6	4,2
1985	2,6	5,1	2,1	8,9	—	12,4	12,0	18,0	8,9	4,3	—	—	10,4	5,3

Tableau A-27 Saskatchewan : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	5,4	10,3	17,4	19,9	16,8	20,9	37,3	34,5	40,4	36,6	19,4	19,2	14,3
1961	—	8,0	13,8	10,5	16,6	3,4	27,8	48,1	33,6	29,7	48,8	65,8	34,3	16,7
1962	2,0	12,9	20,5	14,5	20,5	6,8	24,6	25,8	29,2	19,5	30,3	6,7	15,4	12,5
1963	4,0	7,5	20,3	15,0	14,1	30,9	7,1	11,1	28,8	43,3	18,0	69,0	36,7	15,4
1964	—	7,2	6,6	30,3	39,6	6,9	17,7	44,3	36,4	19,0	17,4	7,0	24,5	14,0
1965	1,9	7,0	32,4	22,8	11,0	17,5	35,6	37,0	27,9	46,3	16,9	28,4	6,2	15,2
1966	3,8	6,7	15,9	30,2	18,6	21,3	7,2	33,4	27,6	22,5	16,5	49,6	15,4	13,7
1967	3,7	10,8	9,0	—	7,7	14,5	10,9	48,5	19,6	31,0	21,4	35,2	27,8	12,7
1968	1,8	16,7	25,4	29,8	19,6	29,8	7 3	15,0	23,5	21,7	20,8	41,1	15,4	14,5
1969	1,9	14,5	8,1	11,0	28,0	46,0	18,4	30,2	23,6	42,9	20,5	26,5	12,5	15,1
1970	3,8	8,1	20,3	26,4	21,6	25,0	50,4	31,1	27,9	34,3	20,1	32,5	31,7	18,2
1971	1,9	16,4	11,4	14,9	12,6	16,2	11,6	34,4	32,1	46,7	20,2	6,2	19,1	14,0
1972	—	16,1	59,9	26,1	21,7	46,8	39,8	46,5	44 4	16,9	34,7	42,2	28,6	24,3
1973	2,0	21,8	18,7	21,7	39,5	35,7	45,3	23,9	32,0	38,5	29,3	11,9	25,2	20,0
1974	—	19,8	27,1	24,6	34,8	32,3	47,0	12,1	28,0	21,5	28,8	17,8	25,4	18,7
1975	2,0	25,7	31,3	32,5	33,8	18,5	13,0	32,8	20,2	30,0	65,4	5,9	34,7	21,3
1976	—	22,3	33,5	42,0	27,0	26,4	30,2	16,6	32,6	26,3	18,8	5,8	28,2	19,6
1977	8,5	45,6	49,2	34,4	21,4	25,9	26,2	8,4	29,0	30,2	23,5	39,3	27,9	24,8
1978	11,0	43,8	51,3	24,5	26,3	20,5	17,5	33,5	33,2	29,9	52,1	33,1	36,5	26,6
1979	2,3	35,9	43,8	28,3	15,5	35,4	39,3	16,8	20,9	38,0	37,7	38,3	26,8	23,8
1980	2,4	36,4	36,6	31,8	23,2	41,5	17,4	29,7	54,6	17,0	32,9	26,6	35,1	24,5
1981	4,9	41,4	42,3	31,3	29,1	38,2	29,3	26,2	25,2	46,9	9,3	15,7	45,5	26,1
1982	2,5	57,4	55,2	42,4	42,4	28,5	17,2	31,0	16,9	34,4	32,4	41,4	39,2	29,7
1983	2,5	24,3	36,7	36,5	24,4	37,0	25,0	26,7	21,3	21,6	27,5	36,1	59,9	24,5
1984	2,5	39,2	35,1	22,3	23,1	41,3	28,3	22,2	51,9	21,8	31,8	21,1	21,4	22,8
1985	—	21,6	46,8	26,3	17,2	21,0	42,8	22,1	30,6	34,9	13,7	10,5	31,3	20,8

Tableau A-28 Alberta : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	4,2	15,9	13,8	10,6	13,4	11,4	14,7	8,8	16,9	45,1	22,2	15,6	9,2
1961	1,5	4,0	9,0	9,4	13,4	14,2	12,3	18,5	27,4	18,4	18,4	22,1	13,0	8,9
1962	1,5	4,8	4,4	8,4	12,3	7,5	14,5	19,4	16,6	23,8	29,9	15,4	15,8	8,5
1963	0,7	3,6	5,3	11,6	10,2	4,2	20,0	10,8	11,3	13,6	33,7	21,2	15,5	7,6
1964	0,7	5,1	10,5	13,9	16,4	17,8	17,3	17,2	17,2	45,5	20,9	32,7	15,1	11,0
1965	1,3	4,9	9,2	10,8	16,6	13,6	19,3	23,4	22,7	22,2	27,0	40,8	17,8	11,0
1966	1,9	4,6	17,6	6,5	13,8	15,7	15,7	16,7	25,3	28,9	19,6	8,5	18,9	10,0
1967	1,2	6,6	12,0	11,7	11,7	13,6	24,3	16,4	15,9	22,9	19,1	11,0	4,3	9,2
1968	1,8	7,7	17,9	11,1	13,7	24,0	20,7	16,0	9,9	25,5	18,7	5,3	9,8	10,2
1969	2,9	12,7	19,8	22,0	14,6	14,5	22,6	23,9	27,8	27,8	12,2	7,7	8,2	12,6
1970	1,7	14,9	23,7	13,9	20,3	13,2	13,5	26,3	23,9	28,3	23,3	26,8	14,7	13,3
1971	1,1	14,3	16,2	16,0	13,0	13,2	29,5	18,2	18,8	9,2	17,3	9,5	11,7	11,2
1972	—	17,5	21,0	12,0	21,4	18,3	27,2	24,5	19,6	22,5	13 0	9,3	11,5	12,9
1973	1,1	16,9	20,5	10,4	20,3	19,4	16,4	23,3	23,5	20,6	20,0	22,3	6,2	12,8
1974	1,0	19,3	28,0	23,5	24,4	17,2	23,4	20,8	31,0	29,3	15,6	21,8	13,2	16,3
1975	1,6	17,5	23,9	17,2	13,0	25,4	25,1	21,2	28,0	17,1	21,5	31,8	10,4	15,0
1976	2,1	19,7	30,1	21,2	24,1	19,9	20,9	24,0	22,8	23,3	32,5	18,6	14,5	16,8
1977	3,3	26,0	30,7	17,9	15,4	20,7	22,4	32,6	38,5	27,2	15,7	21,7	14,0	18,1
1978	3,9	16,7	22,4	22,0	20,8	23,9	29,3	25,1	25,7	25,0	20,2	15,5	17,7	16,9
1979	1,2	19,7	25,8	19,6	17,6	16,8	32,6	27,7	20,8	22,9	10,7	16,7	6,0	15,6
1980	2,9	21,0	26,2	28,4	28,9	20,3	13,0	29,5	26,5	17,7	32,4	23,0	17,5	18,7
1981	2,8	18,7	19,3	11,3	20,4	23,6	22,6	25,6	20,4	29,1	17,3	27,9	15,8	15,4
1982	2,8	15,1	19,9	18,6	20,5	16,9	23,1	28,0	28,7	21,7	19,0	20,4	14,5	15,5
1983	1,7	19,6	17,7	22,1	23,1	20,6	26,0	28,7	26,3	25,6	15,6	20,1	15,8	16,7
1984	3,5	15,5	22,6	18,1	22,6	18,2	29,0	23,0	35,1	28,6	29,1	20,0	16,1	17,2
1985	1,2	14,4	20,0	13,5	15,3	17,6	18,5	15,5	14,7	21,5	13,8	12,9	18,7	12,6

Tableau A-29 Alberta : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	4,6	8,8	2,2	4,5	2,6	3,0	—	—	5,8	14,0	3,8	2,4
1961	—	2,0	2,2	2,2	—	6,6	—	14,7	7,3	4,5	11,4	—	—	2,5
1962	1,5	—	2,2	2,2	—	—	9,8	8,5	—	13,0	10,9	6,7	10,4	2,9
1963	—	1,8	—	4,3	4,3	—	9,5	2,8	—	—	5,2	13,0	6,7	2,2
1964	—	—	6,2	8,6	4,3	8,6	9,2	5,4	9,7	24,2	5,0	6,3	3,2	4,4
1965	1,3	—	2,0	6,5	4,3	2,2	6,8	18,5	9,3	7,8	4,8	18,4	12,5	4,4
1966	—	—	5,8	6,4	6,6	6,5	15,8	10,4	6,1	11,3	18,7	6,0	—	4,6
1967	—	1,5	1,8	6,3	2,2	6,5	15,6	7,6	8,8	3,6	4,5	5,8	2,9	3,7
1968	—	1,4	3,4	10,1	6,5	23,9	11,1	4,9	2,9	7,0	13,1	—	2,8	4,8
1969	2,4	1,4	15,8	5,7	10,6	8,7	17,7	7,2	8,4	20,1	4,2	—	8,3	6,4
1970	1,1	5,3	9,2	10,9	12,3	10,6	8,5	16,0	10,8	9,6	—	10,1	5,3	6,4
1971	—	3,8	4,2	1,7	6,1	8,5	22,0	6,9	5,4	3,1	7,9	—	7,7	4,4
1972	—	11,1	6,7	3,2	15,8	10,6	17,5	6,7	7,9	6,0	3,8	—	2,5	5,8
1973	—	9,6	6,8	5,9	11,2	4,2	8,6	20,5	19,7	5,9	11,0	4,5	9,6	6,8
1974	—	9,3	15,7	15,6	12,5	18,7	17,1	11,3	16,6	29,2	6,9	17,5	9,2	10,3
1975	—	5,6	7,4	10,6	9,9	14,0	12,7	17,6	21,0	8,5	3,3	8,5	10,9	7,3
1976	1,1	9,5	15,3	4,9	11,4	9,7	10,4	10,8	18,1	19,0	12,8	12,2	2,1	8,5
1977	1,1	8,4	9,4	8,2	8,6	11,0	14,3	14,9	13,5	20,4	9,3	7,8	14,1	8,2
1978	1,1	4,0	9,9	5,6	9,3	8,7	22,1	8,4	18,1	17,2	15,1	3,8	11,5	7,7
1979	1,2	8,8	7,7	—	7,4	6,6	25,5	16,5	20,1	9,4	—	7,1	11,0	7,0
1980	2,4	9,7	9,3	8,9	15,1	15,4	7,6	14,3	13,1	7,0	29,0	26,9	14,0	9,4
1981	1,1	3,8	3,1	5,3	6,4	13,0	19,8	13,9	10,6	20,7	14,0	26,3	6,7	7,2
1982	—	3,9	6,1	7,4	8,2	10,4	8,6	11,7	16,5	11,4	7,9	3,2	4,9	6,0
1983	1,2	5,1	5,4	7,1	11,9	14,6	14,7	19,2	20,3	11,2	10,1	9,5	6,2	7,9
1984	1,8	4,3	7,3	7,8	14,4	9,3	20,4	15,1	18,3	15,6	14,6	9,4	7,5	8,5
1985	—	5,5	3,4	4,8	5,6	10,1	10,6	7,4	2,0	6,6	2,4	9,1	5,7	4,6

Tableau A-30 Alberta : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	8,3	27,2	18,4	18,3	22,1	19,9	25,4	16,4	30,6	77,7	28,9	27,9	15,5
1961	3,0	6,0	15,8	16,1	25,6	21,6	24,2	22,0	45,3	29,7	23,6	40,7	23,8	14,9
1962	1,4	9,4	6,6	14,3	23,5	14,8	19,0	29,6	31,7	33,0	46,1	23,0	29,2	13,8
1963	1,4	5,4	10,7	18,7	15,7	8,3	20,5	18,5	21,7	25,4	58,0	28,4	28,7	12,8
1964	1,3	10,2	14,8	19,0	27,7	26,6	25,3	28,6	24,2	64,5	34,5	56,2	28,3	17,2
1965	1,3	9,7	16,5	15,1	28,0	24,2	31,7	28,2	35,4	35,3	46,0	61,1	33,8	17,4
1966	3,7	9,2	30,1	6,6	20,5	24,3	15,6	22,8	43,6	45,3	20,5	10,9	36,3	15,1
1967	2,4	11,7	22,4	17,1	20,6	20,2	32,9	25,0	22,7	41,0	32,1	15,9	8,3	14,5
1968	3,5	13,8	32,7	12,2	20,6	24,0	30,0	26,9	16,8	43,0	23,7	10,2	19,2	15,3
1969	3,4	23,7	24,0	38,3	18,4	19,8	27,2	40,6	46,8	35,2	19,5	14,7	16,4	18,5
1970	2,2	23,9	38,4	16,9	28,2	15,6	18,1	36,6	36,8	46,4	45,3	42,3	29,6	20,0
1971	2,1	24,4	28,3	30,1	19,7	17,5	36,3	29,4	32,0	15,2	26,4	18,3	23,9	17,8
1972	—	23,6	35,5	20,7	26,8	25,3	35,9	41,9	31,2	38,7	22,0	17,9	23,6	19,9
1973	2,1	23,8	34,2	14,9	29,0	33,5	23,5	26,0	27,2	35,3	28,9	39,5	12,8	18,7
1974	2,1	28,7	40,3	31,5	35,8	15,8	29,1	29,8	45,3	29,3	24,3	26,0	27,6	22,1
1975	3,1	28,8	40,1	23,9	16,1	36,3	36,3	24,6	35,0	25,8	40,0	55,3	22,1	22,2
1976	3,1	29,3	44,4	36,8	30,4	29,8	30,5	36,3	27,6	27,7	52,9	25,1	31,0	24,9
1977	5,3	42,7	51,4	27,1	22,0	30,1	30,0	48,8	63,3	34,2	22,6	36,4	30,4	27,7
1978	6,6	28,7	34,4	37,6	31,9	38,3	35,9	40,5	33,1	33,1	25,6	27,9	38,7	25,9
1979	1,1	30,0	43,2	38,3	27,4	26,5	39,3	37,9	21,5	36,9	22,0	27,1	13,4	23,9
1980	3,4	31,8	42,4	47,1	42,1	24,9	18,2	43,4	39,2	28,8	45,7	18,6	39,0	27,7
1981	4,3	32,8	34,3	16,6	33,5	33,5	25,2	36,3	29,4	37,8	20,7	29,6	35,8	23,2
1982	5,4	25,8	32,9	28,7	31,8	23,1	36,6	43,1	40,0	32,2	30,9	39,8	33,2	24,6
1983	2,2	33,3	29,4	35,6	33,3	26,2	36,5	37,6	31,8	40,0	21,7	32,1	36,0	25,2
1984	5,6	26,2	37,6	27,7	30,1	26,5	37,0	30,4	50,7	41,5	44,6	32,0	37,1	25,8
1985	2,3	22,9	36,3	21,8	24,2	24,7	26,0	23,1	26,6	36,0	26,1	17,3	36,0	20,4

Tableau A-31 Colombie-Britannique : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	3,7	5,2	8,6	8,8	11,3	20,6	19,2	22,3	24,4	19,8	17,5	15,4	10,1
1961	0,7	2,7	9,4	7,8	13,4	14,6	14,9	22,7	24,0	28,2	23,1	23,6	28,7	11,8
1962	1,3	3,3	9,2	10,0	13,6	9,4	12,8	18,4	25,3	27,2	26,0	23,6	15,4	10,3
1963	1,2	7,7	12,6	9,0	20,1	16,3	19,8	21,9	29,7	33,1	27,0	25,4	13,5	13,0
1964	0,6	7,8	14,5	15,7	11,9	11,9	25,3	24,6	33,6	17,3	29,4	28,5	21,6	13,6
1965	—	5,4	11,0	16,0	19,9	23,6	18,8	25,1	29,2	33,0	20,5	35,9	28,1	14,8
1966	1,1	5,0	11,6	12,3	11,4	18,9	20,7	26,3	31,1	26,6	25,5	18,2	19,4	12,8
1967	—	8,3	13,4	22,8	18,6	16 2	20,8	18,5	17,9	32,1	20,1	30,1	20,7	13,3
1968	1,5	9,7	17,0	22,2	25,6	20,9	27,6	20,4	26,8	30,4	24,7	24,0	14,1	15,2
1969	1,0	6,0	23,3	14,3	12,1	24,0	27,4	33,7	27,3	21,6	40,6	22,9	27,7	16,3
1970	—	6,3	18,1	19,4	20,8	25,2	28,6	34,9	31,4	30,0	21,9	16,4	17,3	16,0
1971	0,4	7,0	22,7	16,9	21,1	27,5	27,2	32,5	40,3	29,1	24,8	24,9	23,4	17,4
1972	1,3	8,6	23,0	24,4	18,4	23,8	22,3	25,9	28,2	28,5	21,5	19,9	15,7	15,8
1973	1,3	13,7	25,3	23,3	24,0	20,2	21,6	37,5	28,9	33,2	31,7	31,7	15,3	18,5
1974	1,3	11,4	29,1	24,8	16,7	25,7	20,5	29,5	29,2	24,0	22,8	22,5	16,2	17,0
1975	0,8	12,0	28,6	21,3	18,5	19,9	23,1	28,1	31,6	29,5	20,4	34,0	7,9	16,8
1976	1,3	15,1	25,7	20,1	17,5	11,7	27,4	36,4	27,6	24,8	20,2	13,0	11,5	16,4
1977	2,3	12,8	26,5	23,5	22,2	25,3	22,1	28,0	31,4	26,9	18,1	26,9	14,2	17,5
1978	1,9	18,8	21,7	29,4	21,5	21,0	24,3	24,2	21,1	25,2	24,6	29,3	18,5	18,3
1979	1,0	15,9	26,6	20,8	16,8	16,9	23,9	23,5	27,9	19,8	26,6	20,7	8,6	16,3
1980	1,5	11,5	20,6	19,5	20,4	16,6	21,0	16,8	27,5	19,5	24,1	17,7	11,6	15,0
1981	1,9	13,8	20,7	20,5	21,2	19,2	20,2	13,6	15,8	16,8	13,3	18,5	14,3	14,5
1982	1,0	12,9	15,0	27,5	20,6	13,3	10,0	15,6	26,3	30,0	20,7	16,3	12,6	15,0
1983	1,0	12,1	20,0	17,1	20,5	15,9	18,5	19,0	19,7	16,0	24,5	18,1	16,3	14,8
1984	1,0	12,9	15,6	15,4	19,3	17,5	15,4	15,7	18,9	20,2	13,2	18,0	15,5	13,4
1985	1,0	12,3	12,7	12,0	11,6	12,1	14,9	16,1	16,3	9,3	10,9	13,3	15,3	16,0

Tableau A-32 Colombie-Britannique : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	1,9	—	6,1	3,6	3,4	12,9	12,3	—	3,2	10,9	7,8	16,8	4,6
1961	—	—	4,2	2,0	5,5	6,8	3,6	17,8	10,0	15,9	—	7,8	7,2	4,5
1962	1,3	—	2,0	—	5,6	3,4	7,1	3,9	16,7	9,2	7,2	11,7	1,7	3,6
1963	1,3	4,8	7,8	4,1	11,4	5,1	10,4	7,5	20,3	32,2	21,1	19,4	8,5	7,8
1964	—	1,5	—	13,9	3,8	6,9	11,9	14,8	29,9	2,8	10,3	23,1	3,3	6,4
1965	—	1,4	3,4	1,9	11,2	15,4	10,0	16,3	12,2	18,4	13,3	18,9	14,6	7,3
1966	—	2,6	3,1	3,6	5,5	10,2	13,1	26,6	23,4	27,3	9,2	7,2	9,3	7,8
1967	—	2,4	10,0	11,6	5,3	15,2	17,6	15,4	15,0	25,6	8,8	24,4	7,5	8,5
1968	—	3,5	10,6	9,3	20,6	10,2	22,2	15,0	16,4	8,7	11,1	20,3	10,2	8,9
1969	1,0	—	8,7	14,6	13,3	13,5	12,8	30,5	26,6	12,3	26,4	19,4	15,6	10,7
1970	—	3,2	6,9	14,6	6,2	14,6	14,0	34,5	22,8	12,0	10,4	16,2	12,3	9,6
1971	—	9,2	9,8	12,8	18,5	18,3	16,2	27,6	28,9	24,0	16,4	14,7	13,3	12,1
1972	0,9	6,9	11,3	9,5	10,2	17,8	17,8	19,8	19,9	23,4	15,6	19,9	11,6	10,5
1973	0,9	5,6	10,2	11,8	16,1	12,5	14,1	17,0	14,1	35,8	23,6	29,6	13,8	11,3
1974	—	4,5	13,5	14,0	9,9	16,4	7,7	27,7	21,1	21,2	12,1	7,8	10,9	10,0
1975	—	4,4	8,4	8,6	11,6	17,2	16,8	19,8	19,1	22,3	9,4	22,1	9,4	9,6
1976	—	6,0	15,3	8,3	17,3	11,3	17,1	21,4	11,6	22,7	12,3	2,3	14,8	10,0
1977	0,9	4,2	10,7	13,9	15,1	15,0	7,6	21,4	23,4	14,0	10,3	21,3	2,2	9,6
1978	1,0	8,3	6,9	10,9	9,2	10,4	21,3	16,8	14,9	16,5	24,0	16,5	10,6	10,0
1979	2,0	7,5	10,1	8,8	5,9	9,9	13,4	12,2	22,5	10,1	17,2	13,7	12,2	9,0
1980	—	2,5	9,7	7,6	9,2	2,3	5,7	9,1	21,0	10,0	15,0	3,7	11,7	6,8
1981	1,0	4,3	7,9	9,6	12,6	13,0	8,0	13,4	10,2	7,0	3,1	13,9	12,1	7,6
1982	1,0	2,6	5,5	8,6	8,3	6,0	3,8	8,8	13,2	18,4	10,4	5,1	13,2	6,7
1983	—	4,6	5,5	6,9	9,0	6,7	7,3	13,0	11,6	8,6	17,2	15,1	12,6	7,3
1984	—	7,6	4,7	6,9	8,0	7,3	5,8	5,6	8,7	7,1	9,7	11,6	8,7	6,0
1985	1,1	7,8	0,8	3,8	4,8	7,8	7,8	6,8	5,8	4,3	5,6	3,3	6,0	4,3

Tableau A-33 Colombie-Britannique : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	5,4	10,2	10,8	13,7	19,5	28,8	26,0	42,4	42,8	28,6	27,0	29,2	15,4
1961	1,3	5,2	14,6	13,2	20,7	22,8	26,7	27,5	37,0	39,0	45,6	39,8	55,6	18,9
1962	1,2	6,4	16,3	19,4	20,9	15,7	18,9	32,9	33,5	43,0	43,8	35,6	30,3	16,8
1963	1,2	10,5	17,3	13,8	28,2	27,6	29,7	36,5	38,7	33,9	32,5	31,4	26,8	18,1
1964	1,2	13,9	28,7	17,5	19,4	17,0	39,7	34,7	37,2	30,5	46,9	54,0	43,6	20,6
1965	—	9,2	18,3	30,0	28,0	31,6	28,0	34,4	45,8	46,7	27,1	53,0	57,3	22,2
1966	2,1	7,4	19,7	20,8	16,8	27,0	28,4	26,1	38,7	26,0	40,8	29,6	40,5	17,7
1967	—	14,0	16,6	33,7	30,8	17,0	24,1	21,7	20,9	38,4	30,9	36,1	43,6	18,0
1968	2,9	15,6	23,2	34,6	30,2	30,7	32,8	26,2	37,5	51,7	37,8	27,8	31,1	21,5
1969	0,9	11,7	37,7	14,1	10,9	33,5	41,3	37,0	27,9	30,9	54,5	26,4	60,4	21,8
1970	—	9,2	28,9	23,9	34,2	34,6	42,3	35,4	40,5	48,2	33,3	16,6	38,2	22,2
1971	0,9	4,9	35,4	20,8	23,5	35,8	37,3	37,5	52,4	34,3	33,3	35,1	52,1	22,7
1972	1,7	10,3	34,6	38,5	26,1	29,1	26,4	32,0	37,0	33,8	27,5	19,8	35,1	21,1
1973	1,7	21,5	40,0	34,6	31,5	27,1	28,4	57,8	44,5	30,5	40,1	38,7	34,4	25,6
1974	2,5	18,1	44,3	35,5	23,0	34,3	31,9	31,3	37,7	26,9	34,0	37,9	36,5	23,9
1975	1,7	9,3	48,3	33,8	25,1	22,4	28,8	36,1	44,7	37,5	32,1	46,8	17,8	23,9
1976	2,6	24,0	36,3	31,7	17,7	12,1	36,8	50,6	44,5	27,0	28,9	24,6	26,0	22,7
1977	3,6	21,1	42,5	33,0	29,0	35,2	35,6	34,1	39,8	41,2	26,8	33,0	32,3	25,5
1978	2,8	28,9	36,8	47,9	33,5	31,2	27,1	31,2	27,4	34,9	25,3	43,5	42,3	26,7
1979	—	24,0	43,3	32,9	27,5	23,7	33,8	33,8	33,3	30,4	37,4	28,7	19,9	23,7
1980	2,9	20,1	31,5	31,7	31,3	30,4	35,5	23,9	34,0	30,1	34,6	33,7	26,8	23,3
1981	2,8	22,9	33,6	31,5	29,6	25,1	31,8	13,7	21,7	27,5	25,2	23,8	33,3	21,5
1982	0,9	22,6	24,4	46,8	32,7	20,3	15,9	22,0	38,6	42,5	32,6	29,4	29,5	23,4
1983	1,9	19,2	34,2	27,5	31,8	24,8	29,3	24,6	27,4	23,8	33,0	21,7	38,5	22,3
1984	2,0	18,0	26,2	24,3	30,5	27,4	24,6	25,4	28,5	33,7	17,2	25,6	36,8	21,0
1985	1,0	16,7	24,2	20,3	18,4	16,2	21,7	25,0	26,1	14,4	18,7	25,1	27,9	16,6

Tableau A-34 Territoire du Yukon : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	181,8	—	—	—	—	—	—	—	14,3
1961	—	—	90,9	—	—	—	111,1	—	166,7	250,0	333,3	—	—	34,2
1962	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1963	—	—	—	—	—	83,3	100,0	—	—	—	—	—	—	13,3
1964	—	—	90,9	—	—	—	—	142,8	200,0	200,0	—	—	—	26,7
1965	—	—	—	90,9	90,9	—	—	—	—	—	—	—	—	14,3
1966	—	—	90,9	—	—	—	111,1	—	200,0	—	333,3	—	—	27,8
1967	—	—	—	—	—	90,9	111,1	—	—	—	—	—	—	13,3
1968	—	—	76,9	—	90,9	—	—	—	—	—	666,7	500,0	—	33,3
1969	—	—	—	71,4	83,3	—	100,0	—	285,7	—	—	500,0	—	37,5
1970	—	—	100,0	76,9	230,8	90,9	181,8	222,2	285,7	—	250,0	—	—	81,3
1971	—	—	—	102,6	66,0	—	—	113,0	292,0	181,8	270,3	—	—	43,5
1972	—	—	55,6	—	—	83,3	83,3	—	—	—	250,0	333,3	—	26,5
1973	43,5	—	66,7	—	—	83,3	83,3	—	—	—	200,0	—	— —	30,5
1974	—	117,6	71,4	50,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20,6
1975	—	—	62,5	—	—	66,7	—	—	25,0	—	—	—	—	19,2
1976	—	—	42,3	—	49,4	—	—	95,2	—	172,4	—	—	—	18,3
1977	—	95,2	43,5	—	—	—	83,3	—	—	—	—	333,3	—	23,3
1978	—	—	80,0	83,3	47,6	—	90,9	—	—	142,9	—	—	—	32,3
1979	—	41,7	40,0	—	100,0	—	181,8	—	—	—	—	—	—	27,8
1980	—	41,7	76,9	83,3	157,9	71,4	181,8	—	—	—	—	—	—	51,4
1981	—	45,1	84,4	—	38,2	—	76,0	—	—	—	—	—	—	21,6
1982	48,4	—	82,4	—	—	48,8	70,9	97,8	—	135,7	—	—	—	29,5
1983	—	50,0	47,6	160,0	—	50,0	—	—	—	—	—	—	— —	35,9
1984	—	—	95,2	41,7	41,7	50,0	—	—	—	—	—	—	—	22,9
1985	—	52,6	45,5	41,7	115,4	—	62,5	90,9	—	—	—	—	—	35,1

— — = valeur trop petite pour être exprimée.

Tableau A-35 Territoire du Yukon : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1961	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1962	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1963	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1964	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1965	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1966	—	—	—	—	—	—	250,0	—	—	—	—	—	—	15,2
1967	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1968	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1969	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1970	—	—	—	166,7	166,7	—	—	250,0	—	—	1000,0	—	—	54,1
1971	—	—	—	—	151,5	—	—	253,2	—	—	—	—	—	23,6
1972	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1973	—	—	—	—	—	—	200,0	—	—	—	—	—	—	11,0
1974	—	125,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11,1
1975	—	—	—	—	—	—	—	—	500,0	—	—	—	—	20,8
1976	—	—	—	—	—	—	—	227,3	—	—	—	—	—	9,9
1977	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10,0
1978	—	—	83,3	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	19,6
1979	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1980	—	—	—	—	—	—	200,0	—	—	—	—	—	—	9,8
1981	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1982	—	—	—	—	—	—	—	—	—	325,7	—	—	—	8,9
1983	—	—	—	76,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,4
1984	—	—	—	76,9	83,3	100,0	—	—	—	—	—	—	—	28,6
1985	—	—	—	—	76,9	—	—	—	—	—	—	—	—	9,1

Tableau A-36 Territoire du Yukon : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	333,3	—	—	—	—	—	—	—	25,3
1961	—	—	166,7	—	—	—	200,0	—	250,0	333,3	500,0	—	—	61,0
1962	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1963	—	—	—	—	—	142,8	166,7	—	—	—	—	—	—	24,1
1964	—	—	166,7	—	—	—	—	250,0	333,3	333,3	—	—	—	48,2
1965	—	—	—	166,7	166,7	—	—	—	—	—	—	—	—	26,0
1966	—	—	166,7	—	—	—	—	—	333,3	—	500,0	—	—	38,5
1967	—	—	—	—	—	166,7	200,0	—	—	—	—	—	—	24,7
1968	—	—	142,8	—	166,7	—	—	—	—	—	1000,0	1000,0	—	61,0
1969	—	—	—	125,0	142,8	—	166,7	—	500,0	—	—	1000,0	—	39,0
1970	—	—	200,0	—	285,7	166,7	333,3	200,0	500,0	—	—	—	—	104,7
1971	—	—	—	186,9	—	—	—	—	512,8	322,6	425,5	—	—	60,5
1972	—	—	111,1	—	—	142,9	142,9	—	—	—	500,0	500,0	—	49,0
1973	83,3	—	142,9	—	—	142,9	—	—	—	—	333,3	—	—	47,2
1974	—	111,1	142,9	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28,8
1975	—	—	125,0	—	—	111,1	—	—	—	—	—	—	—	18,0
1976	—	—	84,4	—	89,3	—	—	—	—	294,1	—	—	—	25,6
1977	—	90,9	90,9	—	—	—	142,9	—	—	—	—	500,0	—	34,8
1978	—	—	83,3	166,7	—	—	166,7	—	—	250,0	—	—	—	43,5
1979	—	83,3	76,9	—	200,0	—	333,3	—	—	—	—	—	—	52,6
1980	—	83,3	153,8	181,8	300,0	125,0	166,7	—	—	—	—	—	—	89,3
1981	—	85,1	177,0	—	73,3	—	135,1	—	—	—	—	—	—	41,1
1982	92,5	—	172,3	—	—	91,7	125,5	173,0	—	—	—	—	—	48,2
1983	—	90,9	100,0	250,0	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—	59,8
1984	—	—	200,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17,7
1985	—	100,0	90,0	90,9	153,8	—	125,0	166,7	—	—	—	—	—	59,3

– – = valeur trop petite pour être exprimée.

Tableau A-37 Territoires du Nord-Ouest : taux de suicide pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	71,4	—	—	125,0	—	—	—	—	9,1
1961	—	—	43,5	—	—	66,7	—	111,1	—	—	—	—	—	13,0
1962	—	—	—	—	—	117,6	—	300,0	—	—	250,0	—	--	28,0
1963	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	333,3	—	3,8
1964	—	—	—	130,4	50,0	—	—	—	—	142,8	—	—	—	18,5
1965	—	—	43,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3,7
1966	—	—	—	—	47,6	58,8	—	—	—	—	—	—	--	10,4
1967	—	—	—	—	47,6	—	—	90,9	—	—	—	—	—	6,9
1968	—	—	—	41,7	—	—	—	—	—	428,6	—	—	—	13,3
1969	—	—	35,7	—	—	—	—	—	222,2	142,8	—	—	—	12,9
1970	—	35,7	80,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9,1
1971	—	—	58,3	32,1	—	49,9	—	—	—	135,1	—	—	—	14,4
1972	—	96,8	117,6	—	—	45,5	—	—	—	—	—	—	—	25,0
1973	—	60,6	60,6	—	35,7	—	—	—	83,3	125,0	—	—	--	21,2
1974	20,4	58,8	33,3	29,4	34,5	—	—	—	—	—	—	—	—	16,0
1975	—	55,6	66,7	60,6	—	45,5	—	—	—	—	—	—	—	18,5
1976	—	45,9	46,2	—	63,9	41,8	—	—	—	—	—	—	—	16,4
1977	—	22,2	111,1	68,2	28,6	—	47,6	58,8	—	—	—	—	—	27,7
1978	18,9	142,9	177,8	75,0	—	40,0	47,6	55,6	—	181,8	—	—	—	55,0
1979	—	43,5	54,1	33,3	—	47,6	111,1	—	—	—	—	—	—	18,4
1980	—	37,0	43,5	27,8	34,5	—	—	52,6	71,4	90,9	—	—	—	20,9
1981	18,9	98,8	63,6	20,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21,9
1982	—	38,4	20,2	—	95,3	32,8	—	—	—	—	—	—	—	17,0
1983	—	148,1	76,9	57,7	45,5	30,3	83,3	—	—	90,9	—	—	—	43,4
1984	—	55,6	94,3	56,6	21,7	29,4	40,0	—	125,0	—	—	—	--	34,4
1985	—	56,6	35,7	74,1	40,0	—	—	—	—	—	125,0	—	—	25,5

-- = valeur trop petite pour être exprimée.

Tableau A-38 Territoires du Nord-Ouest : taux de suicide pour 100 000 femmes âgées de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—	—
1961	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1962	—	—	—	—	—	142,8	—	—	—	—	—	—	—	8,9
1963	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1964	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1965	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1966	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	--	7,6
1967	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1968	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7,1
1969	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1970	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1971	—	—	59,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,0
1972	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	--	5,8
1973	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1974	—	58,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1975	—	—	66,7	—	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—	11,2
1976	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1977	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1978	—	125,0	43,5	—	—	—	—	125,0	—	—	—	—	—	23,7
1979	—	—	43,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4,7
1980	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1981	—	40,7	87,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13,8
1982	—	40,1	42,1	—	52,5	—	—	—	—	—	—	—	—	13,4
1983	—	38,5	—	—	—	—	90,9	—	—	—	—	—	—	13,1
1984	—	—	—	38,5	—	—	—	—	142,9	—	—	—	—	8,5
1985	—	40,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4,1

-- = valeur trop petite pour être exprimée.

Tableau A-39 Territoires du Nord-Ouest : taux de suicide pour 100 000 hommes âgés de 10 ans et plus, par tranche d'âge de 5 ans, 1960-1985

ANNÉE	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
1960	—	—	—	—	—	111,1	—	—	200,0	—	—	—	—	16,1
1961	—	—	76,9	—	—	111,1	—	200,0	—	—	—	—	—	23,4
1962	—	—	—	—	—	100,0	—	500,0	—	—	500,0	—	--	43,5
1963	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	500,0	—	—	7,0
1964	—	—	—	230,8	83,3	—	—	—	—	250,0	--	—	—	34,0
1965	—	—	76,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,8
1966	—	—	—	—	83,3	100,0	—	—	—	—	—	—	—	12,8
1967	—	—	—	—	83,3	—	—	166,7	—	—	—	—	—	12,8
1968	—	—	—	76,9	—	—	—	—	—	-500,0	—	—	—	18,7
1969	—	—	66,7	—	—	—	—	—	400,0	250,0	—	—	—	24,4
1970	—	71,4	153,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16,9
1971	—	—	57,0	60,1	—	90,9	—	—	—	241,0	--	—	—	21,9
1972	—	187,5	235,3	—	—	83,3	—	—	—	—	—	—	—	42,3
1973	—	117,6	117,6	—	66,7	—	—	—	166,7	250,0	—	—	--	40,4
1974	40,0	55,6	66,7	58,8	62,5	—	—	—	—	—	—	—	—	25,3
1975	—	111,1	66,7	117,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25,1
1976	—	88,9	89,7	—	116,3	77,8	—	—	—	—	—	—	—	31,2
1977	—	43,5	217,4	125,0	52,6	—	90,9	100,0	—	—	—	—	—	52,6
1978	37,0	153,8	318,2	150,0	—	76,9	90,9	—	—	333,3	—	—	—	84,4
1979	—	—	43,5	111,1	62,5	—	90,9	181,8	—	—	—	—	—	31,5
1980	—	71,4	87,0	58,8	66,7	—	—	100,0	142,9	166,7	—	—	—	41,3
1981	36,2	153,8	41,1	41,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29,2
1982	—	36,9	—	—	131,5	59,7	—	—	—	—	—	—	—	20,2
1983	—	250,0	148,1	115,4	83,3	55,6	76,9	—	—	—	—	—	--	70,9
1984	—	107,1	178,6	74,1	41,7	52,6	76,9	—	125,0	—	—	—	—	58,1
1985	—	71,4	69,0	142,9	76,9	—	—	--	—	—	200,0	—	—	—

-- = valeur trop petite pour être exprimée.